Rok LIII. Kraków, dnia 23 maja 1914 Nr 21

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Objawy gorączkowe w przebiegu kiły

podał

Dr Jan Papée.

Znaną jest rzeczą, że we wczesnym okresie kiły, mianowicie krótko przed wystąpieniem zmian ogólnych na powłokach skórnych i błonach śluzowych, stwierdzamy u niektórych chorych stan gorączkowy, t. zw. gorączkę erupcyjną. Jako objaw, poprzedzający zmiany ogólne, pojawia się ona w 6—8 tygodni po ukazaniu się zmiany pierwotnej, trwać zwykła kilka dni (2—5), a ustępuje z pojawieniem się wysypki. Ciepłota waha się między 37·5 a 38·5, może jednak przekraczać te granice, dochodząc i do 40° C (Güntz); gorączce tej towarzyszą niekiedy objawy ogólne w postaci mniejszego lub większego osłabienia, bolów i łamania w mięśniach i kościach, dreszczów. Tor gorączki bywa rozmaity, już to zwalniający ze znacznymi spadkami rannymi a wzniesieniami wieczornemi (lub odwrotnie) (Janovsky), już to ma ona charakter gorączki przerywanej lub stałej (Fournier, Jordan). Co do częstości tej gorączki, to, opierając się na własnych spostrzeżeniach, nie zaliczałbym jej do objawów bardzo częstych; niektórzy jednak autorowie podają dość znaczny stosunek do ogólnej liczby chorych kiłowych. Tak n. p. Güntz określa go na 20%, Janovsky na 23·5%, a Jordan nawet na 37·5%.

Jeżeli do tej postaci gorączki zaliczymy ściśle stany gorączkowe, nie wywołane zmianami wtórnemi, jak n. p. sprawą ropną w skórze, stanem zapalnym gruczołów, powikłaniami ze strony narządów wewnętrznych, możemy wtedy mówić o gorączce swoistej, powstałej wskutek zakażenia kiłowego, a mianowicie uogólnienia się krętka bladego w ustroju.

Że przypadki takie, zwłaszcza, jeżeli dotyczą chorych, u których ciepłota jest wysoką, a stan gorączkowy trwa dłużej, mogą sprawiać pewne trudności rozpoznawcze, świadczą o tem podane w piśmiennictwie spostrzeżenia, w których rozpoznawano zrazu dur brzuszny, grypę lub gruźlicę (Poirier, Albanus, Scalese, Rolleston).

W późniejszym przebiegu kiły, w okresie jej utajenia lub w okresie trzeciorzędnym, może się również pojawiać swoista gorączka kiłowa, jako objaw, towarzyszący zmianom w narządach wewnętrznych, lub analogicznie do gorączki w okresie wczesnym, jako objaw zakażenia dawnego, odnawiającego się w swem nasileniu wskutek żywotności krętków lub ich produktów, odzyskanej pod wpływem nieznanych nam bliżej czynników.

Przypadki tego rodzaju, jak się okazuje z piśmiennictwa, są ciekawsze pod względem klinicznym, a trudniejsze pod rozpoznawczym. Często bowiem u takich chorych najgłówniejszym objawem chorobowym jest stan gorączkowy, z przebiegiem przewlekłym, o typie bardzo niejednostajnym, dla którego nie znajdujemy wyjaśnienia w stwierdzanych objawach klinicznych, pozostających nadto w niestosunku do wysokiej niekiedy ciepłoty; albo też gorączka występuje wśród objawów ogólnych, właściwych zakażeniom w ogóle, bez ścisłej lokalizacyi obrazu chorobowego. Zmiany zaś kiłowe w narządach wewnętrznych nie zawsze są tak charakterystyczne, aby je łatwo można rozpoznać, zwłaszcza, jeżeli nie spotykamy zewnętrznych śladów po zmianach dawniej przebytych lub świeżych zmian, kiłę cechujących, a wynik badania krwi pozostawia nas nadal w niepewności. Utrudnia jeszcze sprawę ta okoliczność, że przekonanie co do możliwości swoistej gorączki kiłowej w okresie późniejszym nie jest ściśle ustalone, wreszcie i to, że przypadki te dotyczą najczęściej chorych, którzy już dawno kiłę przebyli, w wywiadach o niej nie wspominają, często w tem przekonaniu, że dawno przebyta choroba jest już zupełnie wyleczona.

Z tych wszystkich przyczyn zdarzało się, jak z piśmiennictwa w tej sprawie można się przekonać, że u chorych takich rozpoznawano gruźlicę, zimnicę, zmiany nieżytowe w płucach, jelitach, dur brzuszny, dopiero zastosowanie leczenia »ex juvantibus« wprowadzało rozpoznanie na tor właściwy, a usuwając przyczynę, usuwało tem samem stan gorączkowy.

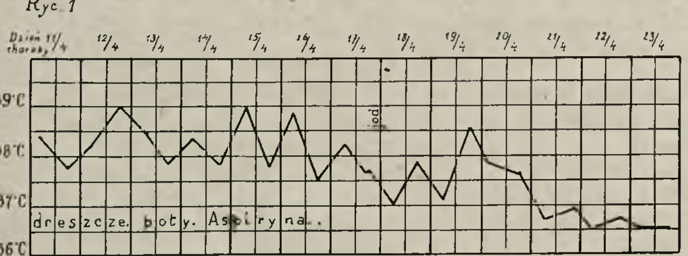
W ostatnich czasach miałem w leczeniu trzy przypadki, w których stan gorączkowy spowodowany był jedynie kiłą jako taką, a historye ich choroby pokrótce przytaczam:

1. K. L. 23. III. 1910. Zmiana pierwotna w rowku zażołędnym trwa od 2 tygodni; gruczoły pachwinowe wybitnie powiększone, twarde. Coitus suspectus 27. II. Dnia 14. IV ogólne osłabienie, dreszcze popołudniowe, ciepłota zrana 37·4, popołud. 38° C. — Zmian w narządach wewnętrznych niema. Stan ten utrzymuje się przez dwa tygodnie, poczem z pojawieniem się odosobnionych guzków na skórze ciepłota spada do poziomu prawidłowego. Guzki zwolna występują coraz gęściej, tak że dopiero 10. V. mo-

żna mówić o wyraźnej, rozległej wysypce guzkowej, ciepłota podwyższa się ponownie do 37·8, poty; po rozpoczęciu wcierań wraca do poziomu prawidłowego. 1. I. 1911, po dwukrotnem poprzednio zastosowaniu wcierań, zgłasza się chory z powodu łamań w ramieniu i podwyższeń wieczornych ciepłoty (37·5), które ustępują po wewnętrznem zastosowaniu jodu. W marcu i maju 1911 bole głowy, dreszcze, poty nocne, ogólne osłabienie, ciepłota popołudniu i wieczór do 40° C, równocześnie kłykciny sączące w rowku zażołędnym i na skórze prącia; gorączka znika pierwszy raz po jodzie, drugi raz po wcieraniach (XX). To samo powtarza się w grudniu 1911, w kwietniu i wrześniu 1912, z tą odmianą, że obok wspomnianych objawów ogólnych i gorączki występują jużto bole międzyżebrowe, bole dotykowe na mostku (okostna) lub łamiące w ramieniu, już też dotkliwa bolesność przy ucisku kłykci uda prawego. Za każdym razem gorączka ma tor przerywany, dochodząc popołudniu i wieczorem do 38·5°, zrana ustępując; towarzyszy jej ogólne osłabienie, dreszcze i poty w nocy; ustępuje całkowicie po zastosowaniu jodu lub rtęci, chinina nie wywiera na nią wpływu. Z wyjątkiem dwu pierwszych napadów gorączkowych, późniejszym nie towarzyszą kiłowe zmiany wtórne, badanie nie wykazuje zmian w narządach wewnętrznych, a prócz opisanych, chory nie uskarża się na inne przypadłości, nie kaszle.

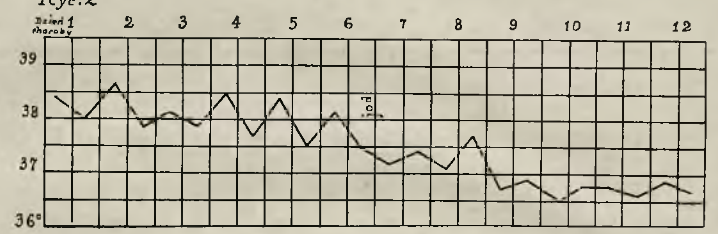
2. W drugim przypadku stan gorączkowy wystąpił w 3 lata po zakażeniu. W. W.; zmiana pierwotna w sierpniu 1910 roku, wysypka plamista we wrześniu, wcierania. W ciągu następnych dwu lat z powodu nawrotów trzykrotnie wcierania po XXV à 3 gr, ostatnie w styczniu 1913. (Odczyn Wassermanna z początkiem stycznia + +). Z początkiem kwietnia uskarża się chory na dreszcze, osłabienie, lekką bolesność na mostku; ciepłota do 38°, zmian kiłowych niema żadnych. Przywołany na naradę internista rozpoznaje grypę. Jednak zastosowanie aspiryny bez wpływu, przeciwnie, gorączka się wzmaga, podwyższenia dochodzą do 39°, tor nieregularny (remisye wieczorne, wzniesienia ranne) i stan taki trwa 10 dni. Wówczas postanowiłem podać jod, a stwierdziwszy wynik korzystny, zaleciłem po kilku dniach wcierania, mimo, że odczyn Wassermanna, wykonany w d. 28. IV., dał wynik ujemny. Przebieg gorączki i wpływ jodu charakteryzuje dołączona krzywa (ryc. 1).

Ryc. 1



3. Trzeci przypadek odnosi się do chorego, który przebył kiłę przed laty 16. Przebieg był łagodny, leczenie wcieraniami zostało dokładnie przeprowadzone i kilka razy powtórzone. Chorego tego widywałem później w rozmaitych odstępach czasu, nie stwierdzając u niego żadnych zmian po przebytej chorobie. Po kilku latach chory się ożenił, ma dwoje zdrowych dzieci. W międzyczasie przebył zapalenie stawów, po którem pozostała wada zastawkowa, wyrównana i choremu nie sprawiająca żadnych dolegliwości. W maju 1913 zgłosił się chory do mnie z powodu długotrwałego kaszlu, chrypki i gorączki, który to stan mimo leczenia nie ustępuje. Dokładniejsze badanie wykazało następujący stan sprawy: W listopadzie r. z. dostał chory po raz pierwszy dreszczów i gorączki, stan ten trwał 3 tygodnie, towarzyszyły mu nerwobole nad prawym oczodołem i potylicą, chinina nie wywołała poprawy, gorączka ustąpiła dopiero po wewnętrznem zastosowaniu arszeniku. Drugi raz wystąpił stan gorączkowy z początkiem stycznia 1913, teraz już bez wspomnianych bolów, natomiast z kaszlem, trwał 5 dni i ustąpił po arszeniku. Trzeci raz gorączka z kaszlem w lutym, ustąpiła po kilkudniowem leczeniu, kaszel natomiast trwał przez 3 tygodnie. Z początkiem kwietnia wystąpiła znów gorączka, kaszel i chrypka, i te objawy utrzymują się aż do przybycia do mnie w d. 2 maja. Wspólne badanie z internistą w tym dniu wykazuje tylko suche zmiany nieżytowe w oskrzelach, wątroba i śledziona nie powiększone, mocz bez białka; prócz tego stwierdza się lekką sinicę twarzy, nieznaczną bolesność przy dotykaniu dolnego łuku żebrowego po stronie prawej, mierną chrypkę. Ciepłota w chwili badania 38° C; stan jej z kilku dni poprzednich, według zapisków chorego, podaje krzywa (ryc. 2).

Ryc. 2



Zmian kiłowych zewnętrznie się nie stwierdza; podmiotowo ciągłe podrażnienie do suchego, męczącego kaszlu, powodującego bezsenne noce; badanie promieniami Roentgena sprawy nie wyjaśnia, odczyn Wassermanna ujemny. Po naradzie z internistą zastosowaliśmy jod wewnętrznie w małej dawce (4:200), polecając choremu, by zgłosił się po 2 tygodniach i zapisywał ciepłotę. Zgłasza się on 16. V., podając, że czuje się silniejszym, gdyż wobec znacznie zmniejszonego kaszlu miewa noce spokojne, chrypka nieznaczna, ciepłota prawidłowa. Załączona krzywa (ryc. 2) wskazuje spadek jej powolny, ale stały, od dnia, w którym chory zaczął zażywać jod. Wobec tego stanu zaleciliśmy jod w dawce podwojonej (10:200), a z początkiem czerwca stwierdziliśmy zupełnie dobry stan u chorego; kaszel ustąpił bez śladu, jakkolwiek suchy nieżyt oskrzeli jeszcze się utrzymuje; zastosowanie 15 wcierań zakończyło leczenie.

Rozważając krytycznie te trzy przypadki, widzimy, że w każdym z nich na pierwszy plan choroby występował stan gorączkowy z dreszczami i potami, przy stosunkowo względnie dobrym stanie ogólnym. Badanie narządów wewnętrznych nie wyjaśniało należycie gorączki, jużto bowiem stwierdzone zmiany nie pozostawały w żadnym stosunku do wysokości gorączki, już też objawy choroby nie były ściśle umiejscowione, tak że nasuwały raczej na myśl zakażenie ogólne.

W przypadku pierwszym obraz choroby zbliżał się najwięcej do zimnicy, w drugim rozpoznawano grypę, w trzecim zaś, kierując się głównymi objawami, t. j. kaszlem i nieżytem, można było szukać powodu w oskrzelach lub płucach, przypuszczać gruźlicę. Tor gorączki rozmaity, w pierwszym przypadku przerywany, w drugim i trzecim stały, ale o charakterze odwrotnym ze spadkami wieczornymi. We wszystkich trzech korzystny i odrazu widoczny wpływ leczenia swoistego dowodzi, że chodziło o swoistą gorączkę kiłową. Co do czasu jej wystąpienia, to w pierwszym przypadku pojawiała się ona kilka razy w ciągu pierwszych dwu lat po zakażeniu, w drugim po 3, a w trzecim w 16 lat po zakażeniu, przyczem w ostatnich dwu przypadkach w czasie występowania gorączki nie było żadnych widocznych zmian kiłowych. Odczyn Wassermanna był u obu ostatnich chorych ujemny, czego nie uważałem za szczegół rozstrzygający, wiadomo bowiem, że ten wynik ujemny

nie jest oczywistym dowodem przeciw. Być może zresztą, że w drugim przypadku powodem tego były przeprowadzone przed 3 miesiącami wcierania, w trzecim zaś wykonano badanie krwi już po użyciu 10 gramów jodu.

Wiadomości o swoistej gorączce, pojawiającej się w późniejszym przebiegu kiły, są w piśmiennictwie lekarskiem dość liczne. Jednym z pierwszych, który zwrócił uwagę na związek gorączki z przebytą kiłą, był Bozzolo w r. 1903, a odróżniając ją ściśle od gorączki erupcyjnej w okresie początkowym, wspomina on o nieregularnym torze gorączki i zupełnem niedziałaniu chininy, a ustępowaniu gorączki po jodzie. W jednym przypadku, opisanym przez Futchera, gorączka o torze zwalniającym trwała 5 tygodni; rozpoznawano dur brzuszny, dopiero przypadkowe stwierdzenie typowych zgrubień na końcach mostkowych obojczyków skłoniło do zastosowania jodu, po którym gorączka ustąpiła. W drugim przypadku gorączka, występująca napadowo z dreszczami, pojawiła się w 29 lat po zakażeniu. Białokur podaje przypadek, w którym chory przez lat 15 miewał okresowe napady gorączki, nie dającej się wyjaśnić, a przebiegającej z dreszczami i potami. Rozpoznanie wahało się między gorączką a zimnicą, leczenie jednak w jednym i drugim kierunku było bez skutku, w końcu chory był bez rozpoznania. Dopiero po dodatnim wyniku badania krwi zastosowany jodek potasu na stałe usunął gorączkę. W jednym z dwu przypadków, podanych przez Scheglmanna, chory gorączkować począł w 27. r. życia, co trwało $2^1/_2$ miesiąca; w 30 r. życia ponownie stan gorączkowy (do 40^0) z kaszlem, bolami głowy, potami nocnymi; stwierdzono tylko szmery oskrzelowe, a wobec braku innych zmian rozpoznano gruźlicę. Mimo właściwego leczenia, stan się pogorszył, pojawiły się wymioty, znaczny upadek sił. Przy badaniu jamy nosowej stwierdzono w lewym otworze wrzód, pokryty strupem; to skłoniło autora do przypuszczenia, że chodzi tu o zmiany kiłowe, ze względu jednak na ciężki stan chorego zastosowano jod w dawce bardzo ostrożnej. Leczenie to wywołało poprawę stanu ogólnego, oczyszczenie się zmian w nosie, ustanie wymiotów, na stan ciepłoty jednak nie wpłynęło. Dopiero zdwojona dawka jodu i następnie wcierania zaczęły zmniejszać gorączkę, ustąpiła zaś ona zupełnie po użyciu salwarsanu.

Szereg podobnych spostrzeżeń, w których brak wyraźnych objawów ze strony narządów wewnętrznych nie wyjaśniał przyczyny gorączki, przebiegającej nieregularnie, a ustępującej dopiero po swoistem leczeniu — opisują Siebert, Carducci, Weber, Glaser, Jordan, Verroti, Imhof-Bion. Inni podkreślają jako objaw dość często spotykany bole gośćcowe w łopatkach, na mostku (Neumann), bole w stawach (Kayser, Weber), bole łamiące wogóle w kościach (Mekenna) bez charakterystycznych jednak nacieków lub zgrubień okostnej.

Obok tych przypadków gorączki kiłowej, któreby można określić mianem przypadków bez ścisłego umiejscowienia, wiadomo, że zmiany kiłowe wątroby mogą przebiegać z gorączką. Zwrócił na to uwagę Klemperer, a zaznaczając, że objawy ze strony wątroby mogą być bardzo nieznaczne, jako anatomiczną podstawę gorączki przyjmował wrzodziejące kilaki wątroby. Gluziński w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem przedstawił kilka przypadków kiły wątroby, przebiegającej z podwyższeniami ciepłoty do 37·7, z powiększeniem wątroby i śledziony, wyleczonych jodkiem potasu i wcieraniami. Według Gluzińskiego najczęstszą postacią zmian u dzieci w kile nabytej jest śródmiąższowe rozlane zapalenie wątroby, charakteryzujące się dużą wątrobą i śledzioną, nie zaś wątroba kilakowa. Zdaniem jego często zmiany kiłowe usadawiają się w ścianach żyły wrotnej, jako zapalenie kiłowe około żyły wrotnej lub na otrzewnej, jako zapalenie torebki wątrobowej pochodzenia kiłowego, w pierwszym przypadku wywołując puchlinę brzuszną, w drugim zrosty, które mogą zaciskać więzadło wątrobno-dwunastnicze i następnie być powodem żółtaczki. Tłómaczenie to wyjaśnia, dlaczego nie we wszystkich spostrzeżeniach kiły wątroby stwierdzano obecność żółtaczki. Pojawienie się gorączki kiłowej pochodzenia wątrobowego potwierdzają w dalszym ciągu spostrzeżenia licznych autorów, jak Dammert, Geronne, Huber, Mannaberg, Pariser, Rencki, Reye, Sobernholm, Treumann, Weber. Autorowie ci zgadzają się, że objawy kliniczne kiły wątroby bardzo często są mało odrębne, a charakteryzuje je długotrwający stan gorączkowy, o torze przerywanym lub odwrotnym, nieznaczne powiększenie i bolesność wątroby i śledziony, puchlina brzuszna, niekiedy żółtaczka. Objawy bywają czasem bardzo niejasne, tak że w wielu z tych przypadków rozpoznawano początkowo gruźlicę lub zimnicę.

Jak zaś trudne mogą być rozpoznania kiły wątroby, świadczą o tem przypadki Ewalda, Riedla i Staudera, w których dopiero »autopsia in vivo« stwierdziła zmiany kilakowe, badaniu klinicznemu niedostępne. W przypadku, opisanym przez Renckiego, wykonano zabieg operacyjny, przypuszczając złośliwy nowotwór nerki, poczem autor, uwzględniwszy przebieg choroby, ujemny wynik badania co do prątków Kocha, szczepień w kierunku gruźlicy, nabrał przekonania, że chodzi o sprawę kiłową wątroby.

W dwu przypadkach Kirchheima, zakończonych zejściem śmiertelnem, sekcya stwierdziła rozpadające się kilaki, wychodzące ze szczytu wątroby, które przeszły na przeponę i opłucnę, wywołując w jednym zapalenie płuc, w drugim przedziurawienie przepony i wytworzenie ropnia opłucnego; stan gorączkowy przypisywał Kirchheim w tych przypadkach zakażeniu wtórnemu.

Co do wytłómaczenia przyczyny swoistej gorączki w późnych okresach kiły, zdania są rozmaite. Bäumler n. p. uważał ją jako resorbcyjną i przyjmował obecność produktów toksycznych, wywołujących gorączkę. Klemperer przypisuje gorączkę przy kile wątroby wessaniu zmartwiałej tkanki (rozpadające się kilaki), Ceconi upatruje w niej wyraz swoistego zakażenia krwi, zależnego od żywotności zarazka, przyczem odgrywa rolę zdolność tkanki do bujania sklerogenetycznego, z czego wynika mniejsza lub większa dążność do szerzenia się sprawy zapalnej i zależnie od tego zdolność wchłaniania wytworzonego materyału toksycznego. Do tego zapatrywania, że chodzi tu o zakażenie, przyłączają się i inni (Newman, Białokur).

W okresie wczesnym (gorączka erupcyjna) bezpośrednim powodem jest niewątpliwie sam krętek blady, a przypuszczać można, że i w późniejszym przebiegu on sam, względnie jego produkta, mogą wywołać również stan gorączkowy pod wpływem bliżej nieznanych przyczyn, żywotność jego wzmacniających. Przemawia za tem okoliczność, że obecność krętka stwierdzono już we wszystkich okre-

sach kiły, klinicznie zaś pewne analogie co do toru gorączki, całego obrazu chorobowego o charakterze, podobnym do zakażeń, a wreszcie skuteczność leczenia.

Co do wytłómaczenia faktu, dlaczego zarazek wywołuje stan gorączkowy tylko u niektórych chorych, zdani jesteśmy na przypuszczenie, że odgrywają tu rolę: 1) żywotność samego zarazka i 2) odporność ustroju. Do tego zapatrywania przychyla się większość autorów; Imhof-Bion, opierając się na swoich i innych spostrzeżeniach, twierdzi, że kiła, nabyta w strefie gorącej, miewa przebieg o wiele cięższy, a jednym z objawów tej ciężkości przebiegu jest stan gorączkowy, u tych chorych spotykany.

Na podstawie własnych i obcych spostrzeżeń mogę więc w streszczeniu powiedzieć, że:

1) W przebiegu kiły drugorzędnej i późnej może występować swoista gorączka kiłowa.

2) Gorączka ta może być wyrazem albo zmian w narządach wewnętrznych (najczęściej w wątrobie, płucach), albo też objawem zakażenia bez ustalonej siedziby zmian

3) Wskutek tego jedną z cech charakterystycznych tej gorączki jest często brak wyraźnych zmian przedmiotowych i obraz chorobowy, spotykany przy zakażeniach, dalszą zaś jej cechą jest niejednostajny tor gorączki (przerywany, stały z odwrotnemi zwolnieniami), okresowe jej występowanie i długie trwanie.

4) Bezpośrednią przyczyną tej gorączki jest najprawdopodobniej sam krętek blady, względnie jego toksyny; żywotność krętka odnawia się w okresie późnym pod wpływem nieznanych bliżej czynników.

5) Pod względem rozpoznawczym stany te łatwo pomieszać z innemi zakażeniami (gruźlica, zimnica, dur brzuszny).

6) Pod względem leczniczym gorączka ustępuje rychło po zastosowaniu swoistego leczenia przeciwkiłowego (jod, rtęć, salwarsan).

Piśmiennictwo. 1) Albanus: Über syphilitisches Fieber. Ref. Münch. med. Wochenschrift 1908, 27. — 2) Białokur: Zur Frage des Fiebers in späten Syphilisstadien. Wien. klin. Wochenschr. 1912, 40. — 3) Bozzolo: Uber Fieber verborgenen Ursprungs. Münch. med. Wochen. 1904, 13 i 51. — 4) Carducci: Über schwer zu erklärend. Fieber. M. med. Woch. 1905, 15. — 5) Ceconi. Syphilit. Fieber. Ref. Monatsheft für pr. Dermatol. 1908, I. 616. — 6) Dammert: Über intermittierendes Fieber bei tertiärer visceraler, (speziell Leber-) Syphilis. D. mediz. Woch. 1908, II. — 7) Futcher: Syphilitic Fever. Ref. Archiv. f. D. u. S. 1902, T. 59. — 8) Fournier: Fievre syphil. Ref. Ann. dermat. 1889, X. — 9) Geronne: Beitrag zur Frage des syphil. Leberfiebers. Ref. Monatsheft für pr. Dermatol. 1907, 45, 116. — 10) Glaser: Syphilis und Fieber. Berl. kl. Woch. 1913, 26. — 11) Gluziński: Kilka słów o kile wątroby. Lwowski Tyg. lek. 1911, 50. — 12) Gottschalk: Über einen Fall von luet. Fieber. Med. Klin. 1910, 42. — 13) Güntz: Das syphil. Fieber, Leipzig 1873. — 14) Huber: Luetische Leberfieber. Ref. Dermat. Zeitschr. T. 19. — 15) Imhof Bion: Uber Fiebererschein. in den Spätstadien der Syphil. Med. Klin. 1909, 21. — 16) Jordan: Über das syphil. Fieber, Arch. f. D. u. S. 1911, T. 108, 7, 3. — 17) Kayser: Über tertiärsyphil. Fieber. Ref. Monatsh. f. pr. D. 1905, T. 40. — 18) Kirchheim: Klin. Verlauf und pathol. anat. Befund bei 2 Fällen von tertiärer fieberhafter Lues. D. med. Woch. 1911, 4. — 19) Klemperer: über Fieber bei Syph. der Leber, Zeitsch. f. klin. Med. T. 55. — 20) Mannaberg: Über intermitt. Fieber bei viscer. Syph. Ref. Monatsh. f. pr. Dem. 1907. — 21) Mekenna: Syphil. Fieber Ref. Monatsh. f. pr. Derm. 1906, T. 43. — 22) Newman: Syphil. Fieber. Ref. Monatsh. f. pr. Derm. 1908, I. 47. — 23) Pariser: Zwei Fälle von Leberlues mit langdauer. Fieber D. med. W. 1908, II. — 24) Rencki: Lwowski Tyg lek. 666, r. 1911. — 25) Reye: Ein Beitrag zur Frage der fieberh. luet. Leberschwellung Therapie der Gegenw. 8, 1905. — 26) Rolleston: Über 2 Fälle von Syph. welche Abdominaltyphus vortaüschten. Ref. Mnsh. f. p. Derm. 1907, 45. — 27) Poirier: Ein Fall von syph. Fieber. Verhandl. der Soc. belge de dermat. 1903 — 28) Scalese: Ein Fall von syph. Fieber nach Ileotyphus. Ref. Monatsh. T. 39. — 29) Scheglman: Uber 2. Fälle von hartnäckig. Fieber bei tertiärer Syph. D. med. Woch. 1911, 26. — 30) Siebert: Fieber im Spätstadium der Syph. Ref. Monatsh. f. pr. Derm. 1908, 46. — 31) Sobernheim: Ein Beitrag zur Kenntniss der fieberh. tertiärsyph. Erkrankungen. Ref. Monatsh. f. pr. Derm. 1906, 43. — 32) Treumann: Ein Fall von luet. Fieber. Ref. Münch. med. W. 1907, 1, 963. — 33) Verroti: Uber einige Fälle von spätem Auftreten des syph. Fiebers etc. Ref. Monatsh. f. pr. Derm. T. 48, 1909. — 34) Weber: Über Fieber bei tertiärer Syphil. etc. Ref. Monatsh. f. pr. Derm. 1907 T. 45.

Z kazuistyki szpitala im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie.

Z oddziału chorób wewnętrznych Dra J. Brudzińskiego, lekarza naczelnego szpitala.

Przypadek ostrego zapalenia błoniczego płuc u dziecka

podała

Dr Halina Przedpełska

asystentka intern.

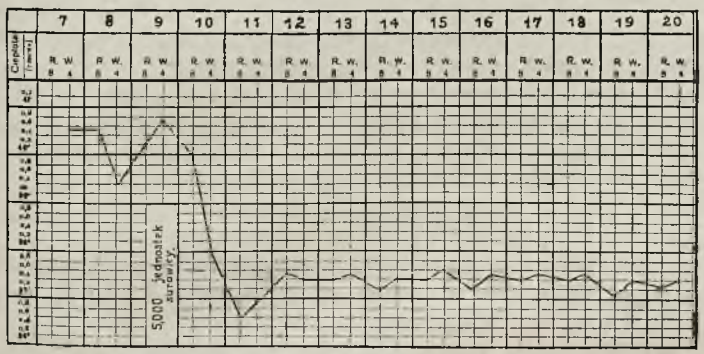
W dniu 5. XII. 1913 r. do szpitala im. Karola i Maryi przysłano z przypuszczeniem duru brzusznego Wierę S., w wieku 2 lata 10 m., chorą od 7 dni. Stolce dziecko miało początkowo zaparte, następnie wolne. Na cztery dni przed oddaniem do szpitala dziecko płakało przy połykaniu (ból gardła), w 2 dni potem wystąpił kaszel.

Rozwój dziecka odbywał się prawidłowo; prócz odry żadnych innych chorób nie przechodziło.

W chwili przyjęcia dziecko sprawiało wrażenie ciężko chorego; blade, oddychało z trudnością, gra skrzydeł nosa wybitnie zaznaczona, przytomność zachowana. Ciepłota 40·5°, kościec nosił ślady przebytej krzywicy, gruczoły chłonne nie powiększone. Układ nerwowy, narządy wzroku i słuchu bez zmian chorobowych. Gardło nie zaczerwienione, nos drożny. Granice serca nie powiększone, tony serca prawidłowe. W płucach rozsiane furczenia. Z przodu z prawej strony pod obojczykiem stłumienie, z tyłu stłumienie dochodzi do kąta łopatki, oddech oskrzelowy z wyraźnemi trzeszczeniami po kaszlu. Brzuch wzdęty, w prawym dole biodrowym przelewanie. Wątroba i śledziona niemacalne. Próba aglutynacyjna z zarazkami grupy prątków duru i okrężnicy ujemna. Dziecko z oddziału chorób jelit, gdzie było umieszczone w celce (boksie), przeniesiono na salę chorób wewnętrznych i oddzielono od sąsiadów szklanymi parawanami.

Na trzeci dzień po przyjęciu badanie wydzieliny z jamy nosowo-gardłowej (kontrola co do roznosicieli zarazków) w preparatach z posiewów wykazało dużą ilość prątków Löfflera. Przy ponownem oglądaniu jamy ustnej stwierdzono, że gardło nie jest zaczerwienione, dopiero przy odchylaniu się języczka (uvula) podczas krzyku zauważono na tylnej ścianie gardła biały, gruby nalot. Dziecko przeniesiono do celki (boksu) na tejże sali, gdzie pozostawało aż do wypuszczenia ze szpitala. Żadnego zakażenia błonicą z tego źródła na sali nie stwierdzono. Tegoż dnia 7. XII. wstrzyknięto dziecku 5.000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej przy ciepłocie 40·7°. Nazajutrz ciepłota rano 40°, popołudniu o godz. 4. — 38°, stłumienie prawostronne, dochodzące do połowy łopatki, pod prawą pachą dużo trzeszczeń, oddech źle słyszalny; prócz nalotu na języczku na prawym migdałku mgiełkowaty nalocik.

Stan ogólny lepszy, dziecko rozgląda się, chce siadać. Stolce wolne, cuchnące; nieznaczna sztywność karku i kończyn dolnych. Objawu »karkowego« i »drugostronnego« (Brudziński) niema. 9. XII. ciepłota 36·6⁰ (p. krzywa ciepłoty). Stłumienie z tyłu ustąpiło, osłuchowo oddech oskrze-



lowy mniej wyraźny, obfite rzężenia. Dziecko oddycha lepiej, dużo kaszle. Krztusząc się dość silnie, wykaszlało gęsty zlepek ropny, wielkości dużej fasoli; w preparatach, barwionych metodą Neissera, wykryto dużą ilość prątków Löfflera. Nalot na języczku zmniejsza się, po brzegach jeszcze gruby, w środku pozostała tylko opalescencya. Na brzegach łuków, na tylnej ścianie gardła i języczka powierzchowna zgorzel nabłonka, po zdjęciu obfitych obłożeń miejsca te krwawią. Próba aglutynacyjna z dwoinkami zapalenia płuc ujemna. Następnych dni ciepłota prawidłowa; rzężenia w płucach po 2 dniach znikły. Dziecko chętnie spożywa pokarmy stałe, płynne odsuwa, gdyż krztusi się przy piciu. Stolce stałe.

W kątach ust zajady. Zastosowano miejscowe smarowanie gardła i kątów ust surowicą przeciwbłoniczą; szybka poprawa. Dziecko opuściło szpital w stanie dobrym po 15 dniach pobytu. Posiewy, robione na kilka dni przed wyjściem ze szpitala, dały obfite prątki Löfflera. W preparatach z moczu, zebranego jałowo, prątków Löfflera nie wykryto.

Uwzględniając wyniki badania bakteryologicznego i niezwykle szybkie ustąpienie uporczywie trwających objawów ze strony płuc i ogólną poprawę, jaka nastąpiła po zastosowaniu surowicy, przypuszczać możemy, że cała sprawa spowodowana była przez czynniki swoiste, t. j. przez laseczniki Löfflera. Przypuszczenie nasze znajduje poparcie w fakcie stwierdzenia laseczników błoniczych w wykrztuszonym zlepku plwociny.

Z piśmiennictwa przytoczyć wypada przypadek, podany przez A. Schmidta [1]), przewlekłej błoniczej sprawy płucnej u 62-letniej kobiety. W plwocinie stale od 10 lat czysta hodowla laseczników Löfflera. O. David [2]) opisuje ostre pierwotne zapalenie płuc błonicze u 9-letniego chłopca. Klinicznie stwierdzono stłumienie lewostronne z oddechem oskrzelowym i wzmożonem przewodnictwem głosowem. W 2 tygodnie od początku zachorowania wystąpiła silna duszność; dokonano tracheotomii, po której następnego dnia dziecko zmarło. Badanie bakteryologiczne wykazało w płucach bardzo dużą ilość laseczników Löfflera. Poza tem stwierdzano laseczniki Löfflera w skrawkach histologicznych płuc dzieci, zmarłych na błonicę. Kutscher [3]) n p. w 8 na 9 badanych płuc stwierdził w ogniskach zapalnych obecność laseczników błoniczych. Obok laseczników błoniczych stwierdzał i inne drobnoustroje, w hodowlach otrzymywał przeważnie laseczniki błonicze.

W naszym przypadku nietypowe i trudno dostępne dla badania usadowienie nalotu zaciemniało obraz chorobowy i dopiero dodatni wynik badania co do roznosicieli zarazków umożliwił wcześniejsze dojście do właściwego rozpoznania.

[1]) Schmidt: Chronische diphtherische Infektion der Lungen. Münch. med. Woch. Nr 1, 1913.

[2]) O. David: Akute primäre diphtherische Lungenentzündung. Münch. med. Woch. Nr 42, 1913.

[3]) Kutscher: Der Nachweis der Diphtheriebacillen in den Lungen mehrerer an Diphtherie verstorbenen Kinder durch gefärbte Schnittpräparate. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten. T. 18, 1894.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Ahaszidze. **Przyczynek do kazuistyki schorzeń stawów kolanowego i biodrowego w związku ze schorzeniami trzew brzusznych.** (Wraczebnaja Gazeta 1914, Nr 3). Związek pomiędzy schorzeniami stawów kończyn dolnych a schorzeniami narządów jamy brzusznej i miednicy został podniesiony przez prof. Łapińskiego w zeszłym roku, w której to sprawie Łapiński występował po dwakroć w Tow. fizyko-lekarskiem kijowskiem i w prasie lekarskiej (Russkij Wracz). Przypadek, opisany przez Ahaszidze, dotyczy 23-letniego epileptyka, u którego jednocześnie wystąpiły objawy zapalenia stawów biodrowego i kolanowego lewej nogi i zapalenie otrzewnej pętli esowatej (perisigmoiditis). Leczenie salicylem nie dało wyników, natomiast leczenie, skierowane przeciwko sprawie w otrzewnej, doprowadziło do wyników pożądanych, tak co do pętli esowatej, jak i co do zajętych sprawą chorobową stawów. Z. Gilewicz.

Pierewozczikow. **O wpływie środków obniżających ciepłotę na fagocytozę i opsoniny.** (Wraczebnaja Gazeta Nr 4, 1914). Badania autora, przeprowadzone na królikach, wykazały, iż chinina w małych i średnich dawkach wzmaga fagocytozę, natomiast duże dawki chininy obniżają fagocytozę do 73% pierwotnej jej wysokości. Antypiryna obniża fagocytozę leukocytów, stosowana w małych i dużych dawkach; średnie jej dawki wzmagają fagocytozę. Piramidon działa na fagocytozę leukocytów tylko stosowany w średnich dawkach, wzmagając ją dopiero po 24 godzinach. Salicylan sodowy w małych dawkach najpierw obniża fagocytozę, potem ją wybitnie wzmaga. Duże dawki salicylanu sodowego obniżają silnie fagocytozę.

Z. Gilewicz.

Prof. Straus. **Nowe poglądy na patologię i leczenie zapalenia nerek.** (Zeitschr. f. ärzt. Fort. Nr 2, 1914). Nie każdy białkomocz jest następstwem zapalenia nerek; nie każde zapalenie nerek jest połączone z białkomoczem. Białkomoczom bez zapalenia nerek możemy przeciwstawić zapalenie nerek białkomoczowe. Białkomocze bez zapalenia są wynikiem bodźców mechanicznych, cyrkulacyjnych i toksycznych. Są to t. zw. »białkomocze urazowe«, powstające wskutek obmacywania nerek, forsownych marszów, sportu, zimnych kąpieli; te białkomocze są przejściowe i w nerkach żadnych śladów nie zostawiają. Podobny rodzaj białkomoczu wywołuje chloroform, rtęć i inne środki toksyczne, choroby zakaźne, ciąża. Wszystkie białkomocze tego rodzaju mają to wspólne, że znikają, skoro tylko przyczyna je wywołująca przestaje działać. Tym białkomoczom towarzyszyć może obecność wałeczków w moczu, ale to już dowodzi zmniejszenia się siły odpornej nerek. Dlatego też

rozróżniamy zupełnie i mniej odporne nerki (vollwertige und minderwertige Niere). Ta zmniejszona odporność nerek bywa nietylko wrodzoną, ale i nabytą wskutek przebytych chorób nerek. Anatomia patologiczna rozróżnia zapalenia kłębkowe »nephritis glomerularis«, względnie »vascularis« i zapalenia cewkowe »nephritis tubularis«, względnie »epithelialis«. Ten ostatni rodzaj nazywa Müller nefrozą, gdyż chodzi tu o zwyrodnienie, a nie o zapalenie nerek. Pewne choroby zakaźne, n. p płonica, posocznica, wywołują głównie zapalenia kłębkowe, inne zaś, jak n. p. błonica, cholera, — głównie cewkowe. Zapalenie kłębkowe jest uporczywsze i daje gorsze rokowanie, niż zapalenie cewkowe. Zapalenie miąższowe (nephritis parenchymatosa), t. j. przypadki typowej choroby Brighta, pochodzą z niewyleczonego zapalenia kłębkowego. Obrzęki wywołuje zapalenie cewkowe. Jako końcowy okres zapalenia miąższowego występuje wtórna nerka marska. Szarą nerkę marską przeciwstawiamy czerwonej nerce marskiej. Przeważającym objawem nerki marskiej jest nadmierne napięcie (hypertonia) naczyń. Długotrwała hypertonia wywołuje powiększenie serca. Są takie typy przewlekłych spraw w nerkach, przy których objawy naczyniowosercowe występują na pierwszy plan; mówimy wtedy o »nephritis hypertonica«. Tym wszystkim postaciom (nephritis haemorrhagica, hydropica, hypertonica) możemy przeciwstawić proste. Zapalenie nerek (nephritis simplex), przy którem bywa tylko długotrwały białkomocz bez żadnych składników postaciowych (wałeczków) w moczu. Poza temi formami chorób nerek istnieje wiele innych postaci, jak n. p. postać wstępująca (cystopyelonephritis), ropna przerzutowa i t. p. Wtórnej marskości nerek należy przeciwstawić pierwotną marskość nerek, która powstaje na tle toksycznem, ewentualnie na tle dyskrazyi (ołów, alkohol, cukrzyca, dna i t. d.). Czy nerki działają prawidłowo, czy też nie, najlepiej się przekonać następującemi próbami: Po podaniu $^1/_2$ g. jodku potasowego, w moczu zdrowego już po 48 godzinach wykrywamy jod. Znaczne opóźnienie w wydzielaniu się jodu świadczy o niedostatecznej czynności nabłonków nerkowych (nephritis tubularis). Próba wodna polega na tem, że badany wypija 1 litr wody; mocz badamy trzykrotnie co 2 godziny; po pierwszych 2 i 4 godzinach, o ile nerki są zdrowe, c. g. znacznie się obniża i wydzielanie moczu jest znaczne. Jeżeli mocz inaczej się zachowuje, to świadczy to o niedostatecznej czynności układu naczyniowego nerek (nephritis glomerularis). Wskaźnikiem dla czynności układu naczyniowego jest również cukier mleczny, który wstrzyknięty dożylnie w ilości 2 g., powinien się przestać wydzielać po 4 godzinach. Wskaźnikiem dla czynności nabłonków nerkowych jest sól kuchenna, która, zażyta w opłatkach w ilości 10 g., powinna po 24 godzinach, najwyżej po 48 godzinach, przestać się wydzielać. Oprócz tych prób mamy jeszcze fenolsulfoftaleinową, fluorescynową, kryoskopową. Leczenie postąpiło szczególnie na polu leczenia obrzęków, powstałych wskutek zapalenia nerek, a postąpiło nietylko leczenie dyetetyczne, lecz i leczenie farmaceutyczne. Co się tyczy dyety, to należy stosować pożywienie, zawierające mało soli. Nie należy ograniczać podawania wody w przypadkach ukrytej lub grożącej mocznicy tembardziej, że z obrzękami walczyć możemy zapomocą przetworów teobrominowych, które wywołują przekrwienie nerek, nie drażniąc przytem nabłonka; możemy je stosować nawet w ciężkich przypadkach zapalenia nerek. Ilości podawanej wody w przypadkach takich nie należy ograniczać, gdyż ułatwia ona wydalanie trujących substancyi z ustroju, jednocześnie rozcieńczając je. Zwalczając mocznicę, musimy zwracać baczną uwagę na wzmocnienie działalności serca. Przy mocznicy stosujemy upust krwi z żyły i następcze dożylne wstrzyknięcie izotonicznego rozczynu cukru gronowego, który daje lepsze wyniki, niż izotoniczny rozczyn soli kuchennej. Wywoływanie potów obecnie nie znajduje uznania. W lekkich postaciach zapalenia nerek można stosować środki przeczyszczające. Ilość podawanego białka należy ograniczyć do 56—60 gr. dziennie; rozmaite korzenie z pokarmów usunąć. Z następstw zapaleń nerkowych przedewszystkiem leczyć należy białkomocz, który wyleczymy, usunąwszy zmiany, powstałe w nerkach. W takich razach stosować powinniśmy sposoby fizyczne, leżenie w łóżku, południowy klimat jesienią, zimą i wiosną; w przypadkach przewlekłych, jak również u ozdrowieńców, należy stosować leczenie żelazem. Chirurgiczny sposób leczenia, a mianowicie obłuszczenie nerek, stosować należy w przypadkach bezmoczu z objawami mocznicy, szczególniej w stanach podostrych, mniej zaś w stanach przewlekłych. Tadeusz Kon.

Laryngologia i otyatrya.

Leczenie zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. (Rozprawy oddziału otologicznego »Royal Society of Medicine« w Londynie 1913).

Milligan: Zapalenia opon mózgowych surowicze, plastyczne, włóknikowe i ropne są to tylko różne okresy w rozwoju jednej choroby. Wczas rozpoznana i umiejętnie leczona może choroba ta wyleczyć się, jak tego dowodzi wiele niezbitych przykładów. Największe znaczenie dla rozpoznania i leczenia ma jakość płynu mózgowo-rdzeniowego, uzyskanego przez nakłucie lędźwiowe. Dopóki płyn ten oddziałuje zasadowo i jest mniej lub więcej jasny, to nie nastąpiło jeszcze zakażenie bakteryjne. Zmniejszona zasadowość płynu mózgowo-rdzeniowego wskazuje już na zakażenie, a oddziaływanie kwaśne dowodzi, że zakażenie opon stało się już ropnem. Kwaśne oddziaływanie płynu mózgowo-rdzeniowego polega na tworzeniu się kwasu mlecznego w tkankach. Bakteryi w początku nie można wykryć, występują one coraz liczniej z postępem choroby. Z objawów klinicznych największe znaczenie ma zwiększenie się ciśnienia śródczaszkowego, które wskutek następowego niedokrwienia mózgu i porażenia ważnych dla życia ośrodków może bezpośrednio wywołać zejście śmiertelne. W tym okresie, w którym płyn mózgowo-rdzeniowy jeszcze oddziałuje zasadowo i działa odtleniająco w próbie miedziowej, nakłucie lędźwiowe może okazać się bardzo pożytecznem, o ile obniża wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, zapobiega niedokrwieniu mózgu i daje przez to czas do zastosowania dalszych jeszcze zabiegów leczniczych. Dalszymi objawami wczesnymi są: obrzęk brodawki n. wzrokowego i obniżenie granicy tonu. W początku zapalenia opon częste i trwałe sączkowania zapomocą nakłucia lędźwiowego mogą doprowadzić do wyleczenia. W przypadkach zapalenia ropnego należy obok usunięcia pierwotnego ogniska zakaźnego w uchu uczynić zadość trzem wskazaniom, a mianowicie: 1) obniżać ciśnienie, 2) utrzymywać swobodne sączkowanie i 3) zwalczać toksynemię. Do wypełnienia pierwszego i drugiego wskazania nadaje się najlepiej metoda Haynesa, polegająca na otwarciu wielkiego zbiornika (cisterna magna) w pasie między móżdżkiem a rdzeniem przedłużonym. (Opis metody). Dla wskazania trzeciego stosuje się urotropinę i leczenie surowicą i szczepionką. M. leczył 47 przypadków surowiczego zapalenia opon, z których wyzdrowiało 39 i 14 przypadków zapalenia ropnego, z których wyzdrowiało 4. Z chorych leczonych metodą Haynesa żaden nie wyzdrowiał.

West: Zdaniem W. najskuteczniejsze sączkowanie można osiągnąć przez przewód ucha wewnętrzny. Jeżeli chodzi tylko o sączkowanie błędnika, dla zapobieżenia rozszerzaniu się zakażenia na opony mózgowe, to wystarcza proste otwarcie błędnika przed kanałem n. twarzowego. Zupełne wycięcie błędnika byłoby zbytecznym ciężkim zabiegiem.

Sidney Scott porównuje rozwój operacyjnego leczenia zapalenia opon mózgowych z rozwojem leczenia operacyjnego przy zapaleniu otrzewnej. Tu i tam z wykształceniem wczesnego rozpoznania potrzebne operacye stają się coraz mniej ciężkiemi. Przypadki swoje leczył S. S. albo

przez sączkowanie wskroś błędnika (przypadki zapalenia opon po zapaleniu błędnika) albo przy nietkniętym błędniku przez nakłucie lędźwiowe i operacyę na wyrostku sutkowym.

Makenzie przytacza jako rozpoznawczo ważne objawy wczesne ból potylicy i rozpoczynającą się sztywność karku, których pojawienie się zawsze wzywa do nakłucia lędźwiowego i badania otrzymanego płynu. Im częściej wykonuje się w takich przypadkach nakłucie lędźwiowe, tem lepiej dla chorego. Czasem mimo obecności zapalenia opon płyn, przez nakłucie otrzymany, jest prawidłowy i właśnie wtedy sztywność karku nabiera ważnego znaczenia rozpoznawczego. M. porusza myśl, by dla zmniejszenia ciśnienia i dla sączkowania zamiast jednego wielkiego otworu wykonywać kilka otworów małych w kościach podstawy czaszki i przez nie nakłuć oponę twardą, przez co unikłoby się niebezpieczeństwa wypadnięcia mózgu.

Milligan powtarza, że zapalenia surowiczego opon nie uważa za chorobę samodzielną, lecz za okres wcześniejszy sprawy chorobowej. Zapalenie opon jest sprawą jednolitą, w której z początku występuje zrazu wysięk surowiczy, która w dalszym rozwoju nabiera coraz bardziej cech ropnej. Chemiczne zmiany płynu mózgowo-rdzeniowego występują wcześniej, niż objawy kliniczne, mają zatem doniosłe znaczenie dla wczesnego rozpoznania. Sztywności karku może brakować przy zapaleniu opon przeważnie w średnim dole czaszkowym. Jeżeli płyn mózgowo-rdzeniowy przestaje działać odtleniająco, to wskazuje to na przejście choroby w okres ropienia. Zmniejszona zasadowość płynu wskazuje na postęp sprawy chorobowej i upomina do operacyi w celu zapobieżenia ropieniu. M. mając w leczeniu chorego z przewlekłem ropieniem ucha środkowego z zapaleniem błędnika, u którego ciepłota się podnosi, napięcie tętna się wzmaga i u którego w cieczy mózgowo-rdzeniowej można wykazać zmniejszoną zasadowość i brak redukcyi przy gotowaniu z rozczynem Fehlinga, radziłby bezzwłoczną operacyę dekompresyjną, ponieważ w takim przypadku grozi wystąpienie sprawy ropnej, której nie można dość wcześnie zapobiegać. Spira.

Makuen: **Wczesne leczenie domowe dziecka głuchego.** (The Laryngoscope 1913 Nr 3). Jak dziecko zdrowe uczy się mowy przed wiekiem szkolnym, tak i u dziecka głuchego powinna nauka mowy zaczynać się w najwcześniejszym wieku. Przez zaniedbanie dziecka w tym wieku naraża się je na największą trwałą szkodę, której przez późniejsze wychowanie nie można już usunąć. Jak dziecko prawidłowe uczy się znaczenia wyrazu przez częste słyszenie, tak dziecko głuche może przez widzenie wymawiania często powtarzanych słów poznać ich znaczenie Najważniejszym środkiem wychowawczym dla głuchego dziecka jest ćwiczenie zdolności spostrzegawczej. Jest zatem rzeczą bardzo ważną u takiego dziecka ćwiczyć jak najwcześniej postrzeganie ruchów twarzy przy mowie i wrażliwość dotyku. Najlepiej wychowanie takie przeprowadza w domu matka dziecka pod przewodnictwem znawcy. Do tego może być bardzo pomocnym elementarz z obrazami, zestawiony przez nauczyciela dla matki i dla dziecka. Dziecko głuche powinno przez cały czas szkolny przebywać jak najwięcej w otoczeniu rówieśników słyszących, by korzystać z ich towarzystwa i by unikać obcowania z samymi tylko głuchymi, kończącego się często niefortunnem między nimi małżeństwem. Spira.

Margulies: **Migrena uszna.** (Prager medizinische Wochenschrift Nr 27, 1913). Autor opisuje 4 przypadki połowiczego bólu głowy z napadami zawrotu, w których podczas napadu występowało upośledzenie słuchu; w czasie wolnym od napadów słuch był prawidłowy. W jednym przypadku przy próbie pokazania było odchylenie w stawie lewej ręki. M. sądzi, że tu nie chodzi o zlepy i tworzenie się torebki, jak w zbiorze objawów Baranyego, lecz o wzmożony wysięk, który bywa wywołany przez jakiś bodziec, działający przejściowo na błędnik. Błędnik i narząd przedsionkowy odgrywają prawdopodobnie większą rolę przy powstawaniu połowiczego bólu głowy, niż się zwykle sądzi i aczkolwiek objawy ze strony błędnika, jak w przypadkach podanych, są rzadkie, to przecież przeczulica słuchowa, często spostrzegana w migrenie, przemawia za takim związkiem. Spira.

Lewy: **Niektóre uleczalne choroby nerwu słuchowego.** (The Laryngoscope 1913 Nr 3). Istnieje pewien rodzaj czynnościowego nerwowego niedosłyszenia, różniący się swoją uleczalnością od innych przypadków, w których upośledzenie słuchowe polega na zwyrodnieniu nerwu słuchowego. Przez dokładne badanie i uwzględnienie przyczyn można odróżnić zmiany czynnościowe od organicznych. Zwyrodnienie nerwu częściej spotyka się w średnim wieku, u mężczyzn, u osób wystawionych na ciągły hałas, u osób młodocianych po chorobach zakaźnych, u starych w toku miażdżycy tętnic. Upośledzenie słuchu bywa przytem znaczne, nierówne po obu stronach, górna granica słuchu jest przeważnie obniżona, odczyn przedsionkowy na ekranie poniżej prawidłowego. Czynnościowa depresya n. ślimakowego zdarza się częściej w stanach ogólnego osłabienia. Przytem upośledzenie słuchu zwykle nie jest bardzo znaczne i granice tonów są prawie prawidłowe. W postaciach neurastenicznych odczyn przedsionkowy na obracanie jest wzmożony i istnieje objaw wyczerpania. Autor przypuszcza, że przy miejscowem uszkodzeniu n. słuchowego słuch będzie obniżony szczególnie dla pewnych obszarów gamy, natomiast przy depresyi czynnościowej obniżenie to tyczyć się będzie wszystkich tonów i będzie połączone z depresyą lub przytępieniem czucia w obrębie także innych narządów zmysłowych. W przypadkach zatrucia chininą, w których następuje poprawa słuchu, należy przypuścić przytępienie czynnościowe wskutek przekrwienia, natomiast w przypadkach zatrucia (wyskokiem, nikotyną, arszenikiem, chloroformem i t. p.), w którem pozostaje stałe uszkodzenie słuchu, chodzi o trwałe organiczne zmiany nerwu. W wielu chorobach zakaźnych, jak płonica, zapalenie gruczołów przyusznych, grypa i t. d. spotyka się trwałe uszkodzenie n. słuchowego, jednakże czasem i tu chodzi tylko o depresyę czy astenię (niedomogę) w następstwie ogólnego osłabienia. Przy odpowiedniej uwadze można uleczalne postacie głuchoty nerwowej odróżnić od postaci nieuleczalnych, co oczywiście ma niezmierne znaczenie praktyczne. Spira

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

I. Posiedzenie z d. 21. I. 1913.

1) Przewodniczącym sekcyi wybrany został kol. Pański, sekretarzami kol. Klozenberg i Dąbrowski.

2) Kol. Klozenberg przedstawia dwa przypadki **mikrocefalii** u rodzeństwa. Dzieci, starsze w wieku $2^1/_2$ r. i młodsze 4-mies., pochodzą z rodziców ze sobą niespokrewnionych, nie oddających się pijaństwu, nie obarczonych dziedzicznością neuropatyczną, bez kiły. Matka twierdzi, że ciąże obie przeszły prawidłowo, porody były łatwe, w swoim czasie. Więcej dzieci niema. Matka zapytuje, czy ma prawo mieć jeszcze potomstwo. Przedmiotowo: główki o wymiarach 38 i 32 (zamiast norm. 48 i 40), charakterystyczne, sztywność [microcephalia vera], idyotyzm. Badanie ginekologiczne matki wykazuje wymiary miednicy zwężone, oprócz zwężonej nieco sprzężnej przekątnej. Na dnie oczu kol. Donchin nie znalazł żadnych zmian.

W dyskusyi kol. Pański zastanawia się nad przyczyną powstania u dwojga dzieci w jednej rodzinie mikrocefalii i zapytuje, czy badano krew co do odczynu

Wassermana. Przytacza przypadek z własnej praktyki, powstania mikrocefalii u dwojga dzieci matki z wązką miednicą. Dzieci te jednak urodziły się przedwcześnie. W końcu zapytuje, jak długo żyją mikrocefalicy. W piśmiennictwie nie spotkał oświetlenia przyczyn powstawania mikrocefalii u rodzeństw. — Kol. Klozenberg: W danym przypadku próba Wassermana jeszcze wykonana nie była z powodu zbyt krótkiego czasu obserwacyi. Co do wieku, to sam widział przeszło 40 lat mającego mikrocefalika, a jeden ze słynnych w swoim czasie acteków, zdaje się miał przeszło 60 lat.

3) Kol. Justman przedstawił chorą l. 40, która zgłosiła się dnia 6. V. 1911 r. z następującemi skargami: Przed $2^1/_2$ laty zauważyła nagle słabość k. d. l., potem k. g. l. Od roku mierne bóle głowy, od $^1/_2$ roku widzi czasem podwójnie przy patrzeniu w górę, czasem połyka z trudnością. Z 9 dzieci 3 zmarło, chora nie roniła. Mąż zdrów. Zamężna 17 lat. Chora wzrostu małego, miernie odżywiona, wątła, blada. W sercu czasem intermisye. Enteroptosis. Zmiany dotyku i bólu bardzo niepewne, może lekka hypalgezya lewej połowy klatki piersiowej i lewej k. g. Brak b. odr. spojówkowego i osłabienie odr. z l. rogówki. Drżenie oczu obustronne. Hypotonia kk. ll., chód wyraźnie móżdżkowy, chorą ciągnie w prawo. Odruchy ścięgnowe żywe. Słuch z lewej strony znacznie osłabiony. We wzierniku obraz prawidłowy. Chorą następnie badano 16. VII. 1911. Skarżyła się na zawroty głowy, krztuszenie się przy połykaniu, wzrastającą słabość kończyn lewych, przytem górna »rzuca się« przy ruchach. Przedmiotowo stan bez zmian, może tylko, niepewna zresztą, hypestezya lewych powiek, policzka i połowy nosa Adiadochokinesis lewych kończyn. Następnie chora zgłosiła się 30. XII. 1912, skarżąc się na znaczną słabość, mdłości i wymioty codzienne, zaburzenia w połykaniu, oraz uczucie zimna w lewej połowie ciała. Stan przedmiotowy: Zupełna głuchota na ucho lewe, zresztą stan dawny. Na zasadzie powyższego rozpoznano **guz kąta mostowego,** usadowiony w lewej połowie. Na obserwacyę na oddziale chirurgicznym, zaproponowaną zaraz po pierwszem badaniu, chora dotychczas się nie zgodziła. (Streszczenie własne).

W dyskusyi a) Kol. Pański ubolewa, że w takich przypadkach nie wykonuje się próby Baranyego (kalorycznej i z kręceniem), galwanicznej Babińskiego, które to próby ze ścisłością prawie matematyczną wskazują obecność ogniska. Pański, który wykonani prób tych widział dopiero co w Krakowie na Zjeździe, opisuje je i proponuje swe usługi tym kolegom, którzyby pragnęli je przerobić.— b) Kol. Dąbrowski nie wykluczyłby w tym przypadku stwardnienia rozsianego; w celu rozpoznawczym proponuje dokonania nakłucia Neisser-Pollacka. — c) Kol. Klozenberg również sądzi, że należałoby dokonać prób Baranyego i Babińskiego, co do pierwszych wydaje się mu czulszą próba z t. zw. »Vorbeizeigen«. Zgadza się również na nakłucie Neisser-Pollacka. Co do danego przypadku zastanawia go brak zmian na dnie oka.— d) Kol. Justman w odpowiedzi zaznacza, że w danym przypadku stwardnienie rozsiane stanowczo wyłącza. Próby narządu przedsionkowego uważa za wskazane, nie uważa jednakże ich za tak łatwe, jak twierdzi kolega Pański. Brak zmian na dnie oka zdarza się przy guzach kątu mostowego w 30%. Operacyę uważa za stanowczo wskazaną, nakłucie próbne Neisser-Pollackowski uważa za wskazane tylko przy przypuszczalnej głębokiej siedzibie.

4) Kol. Pański: **Przypadek okresowo występujących natrętnych myśli samobójczych.** Mężczyzna 28 l., żonaty, ma 1 dziecko, po którem żona roniła dwukrotnie z przyczyn bliżej nie zbadanych; przeczy, by przebywał kiłę; rodzina zdrowa; samobójstw w rodzinie nie było. Chory skarży się, iż od lat ośmiu miewa myśli samobójcze, bezustannie dręczące go w przeciągu tygodnia lub dłużej, po czem na jakiś czas ustępują zupełnie; myśli samobójcze poprzedzone bywają silnymi bólami i zawrotami głowy, trwającymi 1—2 doby. Pomiędzy napadami chory pracuje, nie prześladowany żadną myślą chorobliwą. Myśli natrętne, których treścią zawsze jest samobójstwo, występują obecnie u chorego coraz częściej, natomiast przerwy pomiędzy napadami są coraz krótsze. Myśl o pozbawieniu się życia przez powieszenie wystąpiła po raz pierwszy po usłyszeniu opowiadania o samobójstwie znajomego. Chory nie okazuje żadnych zboczeń pod względem psychicznym, dokładnie zdaje sobie sprawę z tego, iż myśli jego są chorobliwe, nie może jednakże nad niemi zapanować i obawia się, że kiedyś myśli takiej ulegnie. U chorego stwierdziłem: Zbyt wypukłe gałki oczne, lewa źrenica szersza niż prawa; obydwie niezupełnie okrągłe, oddziaływają dobrze na światło; czucie bólowe na lewej połowie twarzy, lewej dłoni i wogóle w lewej połowie ciała upośledzone; odruch brzuszny dolny prawy słabszy, niż lewy; tarcze nerwów wzrokowych bez zmian; krwi nie badano. Rozpoznanie nie jest łatwe. Czy można napady myśli natrętnych poczytywać za zwiastuny organicznego cierpienia mózgu (p. p.), którego przejawami byłyby przytoczone powyżej objawy, orzec trudno; wydaje mi się to jednakże bardzo wątpliwem. Obraz chorobowy imituje cierpienie czynnościowe, którego przebieg składa się z okresów naprzemiennych przygnębienia z myślami samobójczemi i pełnego zdrowia. (Streszczenie własne).

W dyskusyi a) Kol. Dąbrowski zwraca uwagę, że przytoczone objawy somatyczne czasem bywały spostrzegane jako najwcześniejsze objawy porażenia postępowego; poza tem zwraca uwagę na peryodyczność napadów. — b) Kol. Gromski przytacza przypadek postrzegany w Grodzisku idei samobójczych, w którym obecnie już 3 lata po opuszczeniu zakładu napady się nie powtarzały. — c) Kol. Baumgartenówna uważa przypadek za zbliżony do psychastenii w sensie Janeta, peryodyczność uważa za potwierdzenie swego przypuszczenia. — d) Kol. Klozenberg podkreśla niezwykłość współrzędności objawów somatycznych z zupełnie zachowanym intelektem.— e) Kol. Pański twierdzi, że rozpoznanie psychastenii nie wyjaśnia zespołu objawów psychicznych i somatycznych.

5) Klozenberg przedstawia: a) Mózg mężczyzny 43-letniego, przywiezionego przez Pogotowie w stanie nieprzytomnym, z ciepłotą $38^0 5$, z prawostronnym objawem Babińskiego, obrzękiem lewego wyrostka sutkowego i drgawkami, prawidłowem dnem oka. Chory był tego samego dnia operowany. Podczas operacyi stwierdzono zakrzep zatoki, po usunięciu którego polała się obficie ropa cuchnąca. Chory nazajutrz po operacyi zmarł, na sekcyi stwierdzono: leptomeningitis purulenta convexitatis et baseos craniin, ognisko rozmiękczenia w okolicy dolnego zakrętu skroniowego lewego.

b) Mózg mężczyzny 39-letniego, który we wrześniu r. z. zaczął narzekać na bóle głowy z mdłościami, wymiotami; jednocześnie wystąpiło postępowe osłabienie władz umysłowych. W szpitalu stwierdzono brodawkę zastoinową obustronną i P = 52. Wobec tego, że chory przed laty 15 uległ urazowi w czoło, po którym pozostała blizna, że odczyn Wassermana był ujemny, kol. Justman, który chorego wtedy miał w swej pieczy, wobec przewagi różnicy objawów psychicznych, przypuszczał sprawę urazową zrazu czołowego lewego i zdecydował się na zabieg chirurgiczny. Trepanacya w I. okresie została dokonana przez kol. Jasińskiego 27 list. 1912 r. Chorego poraz pierwszy widziałem 14 grudnia, przyczem przedmiotowo stan jego mało co różnił się od wyżej podanego. II. okresu operacyi dokonano 1 stycznia, podczas tej operacyi dobyto 3 pęcherzyki, które okazały się wągrami. Stan chorego po operacyi pogarszał się stopniowo, chory przy objawach zupełnej utraty przytomności i podniesienia ciepłoty zmarł 15 stycz. 1913 r. Na sekcyi, która niestety musiała się ograniczyć tylko do wyjęcia mózgu, znalazłem **wągry** rozsiane podoponowo w szarej istocie **mózgu**, mniej ich było w białej, sporo w komorach bocznych; te komórki znacznie rozszerzone, zawierały dużo płynu, powierzchnia wyściółki lewej chropawa (»Chagrin«) — ependymitis ventricularis (?).

c) Mózg 27-letniej panny, która od stycznia r. z. cier-

piała na uporczywe bóle głowy z wymiotami, postępującem osłabieniem wzroku i drgawkami, poczynającemi się odk. g. pr. i następnie przechodzącemi w ogólne z utratą przytomności. W grudniu r. z. stwierdzono: Siła wzroku minimalna, chora odróżnia zaledwie światło, niedowładów niema; chora nie może chodzić, siedzieć może. Odruchy ścięgniste i skórne zachowane. Lewostronna adiadochokinezya, bezład w k. g. l., niedowład n. odwodzącego l., drżenie oczu, niedowład lewego kąta ust, znieczulenie rogówek większe po stronie l. Neuroretinitis haemorhagica, obustronna brodawka zastoinowa. (Donchin). Oddziaływanie źrenic szczeg. prawej znacznie osłabione P = 90. Odczyn Wassermana ujemny. Zbiór objawów, wskazujący na obecność sprawy uciskającej, bez ścisłej lokalizacyi, z prawdopodobieństwem umiejscowienia w lewej półkuli lub drogach móżdżkowych, wobec czego zdecydowałem się na zabieg paliatywny w okolicy lewej potylicznej, rezerwując sobie postępowanie bardziej stanowcze w II. okresie operacyi. 23. 12. 1912 kol. Ewaryst Jasiński dokonał trepanacyi. Podczas operacyi nastąpiło obfite krwawienie w okolicy torcular, założony został tampon uciskający. Przebieg pooperacyjny był wskutek dużego upływu płynu mózgowordzeniowego, który kompletnie przemaczał opatrunek i poduszki, nader niepomyślny. Chora zmarła w 9. dniu po operacyi. Na sekcyi znaleziono **glejaka** wielkości orzecha włoskiego, wychodzącego z **lewego odnoża móżdżku** (crus cerebelli aut corpus quadrigeminum). (Streszczenie własne).

W dyskusyi: a) kol. Pański co do drugiego przypadku, który miał sposobność widzieć, podnosi, że wskutek niemożności określenia siedziby sprawy był operacyi przeciwny. Sam ma kilka przypadków trepanacyi z wynikiem ujemnym. Poddaje leczeniu chirurgicznemu tylko te, gdzie może ściśle określić siedzibę zmian. — b) Kol. Klozenberg zachęca do postępowania paliatywnego. W danym przypadku zauważa, że blizna mogła nasunąć przypuszczenie sprawy urazowej.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie zwyczajne d. 24 kwietnia 1913 r.

Przewodniczący B. Knothe. Obecnych członków 26.

I. Hoffman: **Przyczynek do dyetetyki zapaleń nerek.**

Dyskusya. a) M. Pietkiewicz pyta o zakłady lecznicze dla chorych na nerki. — b) B. Wojciechowski wyraża zdanie, że podawanie jodu może przynieść pożytek tam, gdzie nie ma skłonności do zatrzymywania soli, zwłaszcza, jeśli przyczyną sprawy w nerkach jest schorzenie naczyń. — c) I. Makowski również oświadcza się za podawaniem jodu w przypadkach o podkładzie miażdżycowym. — d) M. Łążyński zapytuje, jak oryentować się w praktyce w sprawie dostatecznego wydzielania azotu i do jakiej kategoryi klasyfikacyi, przyjętej przez referenta, należałoby zaliczyć skrobiawicę nerek. — e) Dr Sochacki: Nieraz w chorobach nerkowych, podobnie jak w chorobach serca, w rokowaniu kierować się trzeba raczej całokształtem obrazu chorobowego, ogólnem wrażeniem, jakie chory na lekarzu sprawia, niż wynikami specyalnego badania czynności chorego narządu. Najtrudniejszą i najważniejszą rzeczą będzie zawsze trafne rozpoznanie t. zw. »status suburaemicus«, jako zapowiedzi grożącej w niedalekim czasie mocznicy. Leczenia zapalenia nerek, poza dyetetyczno-klimatycznem, jak słusznie zaznaczył referent, właściwie niema. Dyetetyka form śródmiąższowych jest bardzo zbliżona do dyetetyki dny. Co do zawartości ciał purynowych w pokarmach roślinnych, n. p. w pomidorach, szparagach, to zapatrywania uległy znacznej zmianie. Sprawę mięsa białego i czarnego rozjaśniła ogłoszona przed paru laty praca Sieverta i Żebrowskiego. Pokazało się, że wprawdzie białe mięso, zwłaszcza mięso młodych zwierząt, jako zawierające większą ilość jąder komórkowych, zawiera też więcej kwasu moczowego, lecz że natomiast produkty rozpadu mięsa młodego wydzielają się przez nerki szybciej od mięsa czarnego i z tego względu pierwsze może być w zapaleniach nerek odpowiedniejsze od drugiego.

f) Z. Gilewicz: Ustanowienie racyonalnej dyetetyki zapalenia nerek jest rzeczą nader trudną. Wymagałoby ono właściwie dokładnego zbadania całkowitej przemiany materyi, a więc chodziłoby tu o zbadanie zachowania się nerek względem wody, substancyi nieorganicznych i organicznych. Wprawdzie ograniczamy się zwykle do chlorku sodu, jako przedstawiciela drugiej, a mocznika, jako przedstawiciela trzeciej grupy. Przeprowadzenie zasady zupełnego odpoczynku chorego narządu w stosunku do działania nań chociażby jednej tylko z grup wyżej wymienionych, jest niewykonalne i dlatego Gilewicz nie systematyzowałby dyetetyki w taki sposób, w jaki to uczynił referent. Nie występowałby n. p. przeciwko mleku w początkowych okresach ostrych zapaleń nerek, zwłaszcza tam, gdzie niema oliguryi; w przewlekłych postaciach nie pozbawiałyby chorego ustroju białka, potrzebnego mu dla celów plastycznych. Jakie ilości są dozwolone, to należy określić w każdym poszczególnym przypadku. Co do kąpieli, to zadaniem jej jest nietylko wywołanie potów, lecz też pewnego odruchu naczyniowego. Mechanizm działania tego odruchu na nerki nie jest nam dokładnie znany, doświadczenie jednak poucza, że chorzy mogą zeń odnosić korzyści. Co się tyczy pracy Sieverta i Żebrowskiego, to nie powtarzano odnośnych doświadczeń ze względu na wielkie techniczne trudności. Zbliżanie się mocznicy można przewidzieć przy pomocy określania zawartości mocznika we krwi.

g) Dr Nowaczek: Podawanie soli kuchennej w niektórych tylko przypadkach wywołuje zwiększenie ilości postaciowych składników białka. Sól kuchenna wydziela się przez nerki nader szybko i to nietylko przez zdrowe, lecz w przeważnej liczbie przypadków także przez chore nerki. Znaczne upośledzenie wydzielania zdarza się tylko w ciężkich postaciach zapalenia nerek, zwłaszcza też przy grożącej mocznicy; wówczas dowóz soli powinien być znacznie ograniczony; poza tem wystarczy pewne zmodyfikowanie go.

h) I. Hoffman odpowiada Pietkiewiczowi, że leczenie dyetetyczne oparte na podstawie dokładnego badania przemiany materyi przeprowadza w chorobach nerek między innymi Noorden w swem sanatoryum wiedeńskiem; Wojciechowskiemu i Makowskiemu, że sól kuchenną, nawet takim chorym nerkowym, którzy ją dobrze znoszą, daje się zwykle w ograniczonej ilości, niema więc podstawy do dawania im nadto jeszcze jodu, który, jak wiadomo, ma ciężar atomowy znacznie większy od chloru, tem więcej, że nikt jeszcze nie dowiódł jego pożyteczności przy odnośnych schorzeniach. Łążyńskiemu odpowiada H., że oryentować się można co do dostatecznego lub niedostatecznego wydzielania azotu dwojakim sposobem: albo określamy zawartość azotu we krwi, albo też podajemy choremu, będącemu na dyecie bezazotowej, 20,0 mocznika. Jeżeli cała ta ilość wydzieli się z moczem w ciągu 24 godzin, to uważamy azotową sprawność nerki za dostateczną, a to dzieje się zwykle przy sprawach miąższowych oraz zwyrodnieniu skrobiowatem, natomiast nerki, chore na śródmiąższowe sprawy przewlekłe, zwykle azot zatrzymują. Odpowiednio do tego w pierwszym przypadku dajemy chorym mięso, aczkolwiek w niewielkiej ilości (nie ponad 150,0 według Noordena) w drugim lepiej zrobimy, zastępując je innymi rodzajami białka. Dawniejsze poglądy co do bezwzględnej szkodliwości mięsa przy wszystkich rodzajach zapalenia miały pewne uzasadnienie w tem, że pod wpływem gnicia w jelitach wytwarzać się mogą z mięsa ptomainy, działające drażniąco na nerki. Gilewiczowi odpowiada referent, że, jak wyraźnie zaznaczył, przeciwny jest podawaniu mleka właśnie tylko przy oliguryi.

Posiedzenie zwyczajne d. 11 września 1913 r.

Przewodniczy B. Knothe. Obecnych członków 37 i go-

ście Dr Tarnawski ze Sławuty i Dr Polkowski z gub. Permskiej.

I. Makowski przedstawia:

a) **Staw kolanowy resekowany** »en bloc« z przyczyny ropowicy i posocznicy po zapaleniu gardła. Resekcyę wykonano dla tego, że rodzina chorej nie chciała się zgodzić na amputacyę, która właściwie była tam wskazana. Chora po długiej chorobie przecież wyzdrowiała.

b) Chorą po **wycięciu krtani z powodu raka;** w pół roku potem nawrót, zajęcie przełyku, który na życzenie rodziny chorej Makowski częściowo resekował. W kilka dni po operacyi szwy się rozeszły i chorą trzeba było w ciągu miesiąca karmić przez zgłębnik; ostatecznie wszystko się zrosło tak, że można było przystąpić do rozszerzenia przełyku świeczkami. Teraz chora połyka bez trudności.

c) **Kamień moczowy**, wydalony z pęcherza. M. pokazuje go dlatego, że pomimo rozmiarów i trudności kamienia, kilkakrotne zdjęcia rentgenowskie nie zdołały go wykazać. Chory nie chciał, by go cystoskopowano, tak że do operacyi trzeba było przystąpić, opierając się tylko na objawach.

d) Chorą, która zgłosiła się ze skargami na długotrwałą chrypkę. Pokazało się, że chrypkę tę wywoływał **rak krtani**, wskutek czego przystąpiono do całkowitego jej wycięcia. Operacya trwała niespełna godzinę i przeszła zupełnie gładko. Później jednak szwy się rozeszły i trzeba było kilku miesięcy czasu na to, aby się wszystko zagoiło; pozostało wówczas jeszcze zrobić plastykę przełyku. Podczas wykonywania tego zabiegu skaleczył M. szyjną tętnicę wspólną z prawej strony, którą jednak podwiązał, zanim chora większą ilość krwi straciła. Obecnie stan chorej poprawił się znacznie, tylko chora nie widzi jeszcze na prawe oko (zator tętnicy siatkówkowej). I ten objaw jednak zdaje się powoli ulegać poprawie.

e) **Kość** kurczęcia w postaci widełek, **wydobytą z przełyku** przy pomocy ezofagoskopu. Kość tkwiła w przełyku, obrócona widełkami ku dołowi tak, że próby przepychania jej do żołądka przy pomocy zgłębnika byłyby musiały nieuchronnie doprowadzić do poranienia ścian przełyku ze wszystkiemi fatalnemi następstwami. Godną uwagi w tym przypadku jest jeszcze ta okoliczność, że z początku kostka nie sprawiała choremu żadnych dolegliwości, a zaczęła mu zawadzać dopiero w 3 dni po połknięciu.

Dyskusya. a) Z. Gilewicz pyta, czy robiono chemiczny rozbiór kamienia. — b) Makowski odpowiada, że nie, lecz że kamienie, nie dające cienia na zdjęciach rentgenowskich, składają się zwykle z moczanów — c) Łążyński pyta, czy plastykę powięzi szerokiej przy laryngotomii można zastąpić plastyką wolnej powięzi. — d) Makowski odpowiada, że nieraz można to uczynić.

Posiedzenie zwyczajne d. 2 października 1913 r.

Przewodniczy B. Knothe. Obecnych członków 33 i goście Dr Zalewski, Łotocki, Łodziński i Koryszkowski.

I) W. Borowska: **Pokaz chorej trędowatej**. Chora 28-letnia, pochodzi z gub. Taurydzkiej, z zupełnie zdrowej rodziny. Przypomina sobie jednakże z czasów dzieciństwa, że w osadzie, w której mieszkała z rodzicami, przebywała przez czas jakiś rodzina trędowatych. Cierpienie obecne datuje się od 4 lat i zaczęło się od plam na piersiach, później pojawiły się guzy na czole, twarzy i innych częściach ciała. Chora leczyła się u wiejskiej babki podobno jakimś dekoktem bez wyraźnych skutków. Stan obecny jest następujący: Skóra na czole i twarzy silnie zgrubiała, pokryta brunatnemi plamami, w okolicach brwi, na powiekach, uszach i fałdach nosowowargowych liczne gruzełki. Brak rzęs i brwi. Rysy twarzy zgrubiałe (facies leonina). Na ramionach, goleniach, piersiach i plecach — brunatne plamy; kiście rąk sinoczerwone; palce bliznowate, pokryte owrzodzeniami. Podobneż owrzodzenia znajdują się na goleniach i palcach nóg. Ręce i stopy są znieczulone zupełnie. Narządy wewnętrzne bez zmian. Przy badaniu laryngologicznem znaleziono blizny i gruzełki na strunach głosowych i w gardle. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni. Przypadek ten należy zaliczyć do rzędu t. zw. »lepra mixta« W końcu B. omawia szczegółowo stare i nowe (salwarsan promienie Roentgena) sposoby leczenia i zaznacza prawie zupełną ich bezskuteczność.

W dyskusyi zapytuje a) Łążyński, czy stary, ogólnie znany środek, ol. chaulmograe, także obecnie cieszy się powodzeniem pośród dermatologów i czy daje jakie wyniki. Zapytuje także, czy stosowano promienie Roentgena. — b) Borowska odpowiada, że stosowanie ol. chaulmograe wewnętrznie lub podskórnie wpływa dodatnio na stan ogólny, pozostając bez wpływu na samą sprawę chorobową. Naogół środki wewnętrzne działają lepiej, niż zewnętrzne. B. powtarza, że naświetlanie promieniami Roentgena pozostaje bez skutku. — c) Hoene zwraca uwagę, że najmniejsze nadżerki naskórka mogą służyć jako miejsce wejścia zarazka. Okres wylęgania często trwa przez wiele lat, zanim ukażą się pierwsze objawy cierpienia. Ol. chaulmograe, ol. gynocardiae (antileprosa), w swoim czasie jakoby miały sprawiać znaczną poprawę. H. podnosi typowość demonstrowanego przypadku. — d) Pietkiewicz przypomina sobie, że za jego czasów uniwersyteckich Prof. Wilhelm Koch w Dorpacie stosował wewnętrznie kreozot przy trądzie i twierdził, że zagranicą otrzymano w ten sposób znakomite wyniki. Chorzy trędowaci wówczas leżeli w salach chirurgicznych, a panowało przekonanie, że ta okoliczność nie przedstawia niebezpieczeństwa dla ich sąsiadów. — e) Cichocki z powodu dodatniego odczynu Wassermanna zapytuje, czy nie zachodzi w danym przypadku kombinacya trądu z kiłą. — f) Modrzewski i Hoffman przypominają, że większość przypadków trądu daje dodatni odczyn Wassermanna.

II) S. Trzebiński: **Transcendentyzm a wiedza przyrodniczo-lekarska.**

Dyskusya: a) Wojciechowski zapytuje, czy obserwowano mężczyzn, występujących w roli medyów. — b) Trzebiński: Cały szereg wymienia n. p. Bastiona, który został w swoim czasie zdemaskowany w Wiedniu przez arcyksięcia Rudolfa i Jana Ortha, Ochorowicz zresztą twierdzi, że każde prawie medyum, o ile nie jest odpowiednio wychowane, rzadziej lub częściej próbuje oszukiwać, dzieje się to zaś tem łatwiej, że wymagają odeń zwykle coraz to nowych fenomenów. — c) Z. Gilewicz: Spostrzeżono, że medyum po seansie, trwającym 1—$1^1/_2$ godziny, traci na wadze. W ostatnich czasach mówiono dużo w Warszawie o nowem medyum, pewnej służącej, w obecności której dziać się miały niezwykłe rzeczy, częściowo przedstawione na całym szeregu fotografii. Medyum to po posiedzeniu traciło do 4 funtów wagi. Ochorowicz, o ile mowcy wiadomo, co do tego medyum nie wypowiedział swego zdania.

43. Zjazd chirurgów niemieckich

w Berlinie 15—18 kwietnia 1914.

podał Dr Adolf Klęsk.

1) Sprengel: **Przyczyny i leczenie pooperacyjnych przepuklin brzusznych.** S. rozróżnia prócz właściwych przepuklin brzusznych po operacyi, także porażenia mięśni brzusznych wskutek przecięcia nerwów, biegnących ku mięśniowi prostemu i rozciągnięcie mięśni razem ze skórą lub też pod nią. Przyczyny: 1) tamponada, 2) zakażenie, 3) niedokładny szew lub zły materyał do szwu, 4) powikłania pooperacyjne, 5) cięcie nie uwzględniające warunków fizyologicznych. Celem zapobiegania zaleca S. cięcie t. zw. naprzemienne (Wechselschnitt), w kierunku przebiegu tkanek; przy trudnych warunkach szwu, zwłaszcza gdy cięcie nie uwzględniało warunków fizyologicznych, szew materacowy katgutem. Co do tamponady, to chirurgia wprowadziła już

obecnie korzystne ograniczenia. Szew wtórny, z obawy następowego wytworzenia się przepukliny, nie jest wskazany. Do późniejszego pokrycia nadaje się bardzo dobrze powięź, gorzej płaty mięsne lub ciała obce.

Dyskusya: Perthes pokazuje model odmiany operacyi Mayo, Wertheim (z Warszawy) zaleca cięcie poprzeczne, Menge zaleca pokrywanie ubytków powierzchniami przesuniętych (przez nacięcie powięzi) mięśni, Dolberten zaleca wykonywać cięcia małe, Schanz zaleca pelotę (którą sam nosi), która przysysa się naokoło przepukliny, König zaleca celem zapobieżenia przepuklinie wczesną gimnastykę. Küttner odrzuca cięcie poprzeczne; operowani źle potem oddychają, szew jest trudny i trwa długo. Küttner operuje przepukliny, wytwarzając kilka nowych warstw. Również Wrede zwalcza cięcie poprzeczne.

2) Wrześniowski (Częstochowa): **Pokrywanie jamy brzusznej przy operacyach przepuklin.** W. zachwala sposób podany przez Mayo.

3) Noetzel: **O stosowaniu zasady Brennera przy doszczętnych operacyach przepuklin pachwinowych.** Omówienie sposobu Brennera (zeszycie m. skośnego wewnętrznego z dźwigaczem jądra) i jego odmian.

4) König: **Plastyka nosa.** Przy częściowej plastyce uzupełnia K. ubytek częścią małżowiny usznej, a cały nos robi z części mostka i dwóch żeber, które przeszczepia najpierw na ramię, a potem z ramienia razem ze skórą przygojoną na ubytek nosa.

W dyskusyi Hildebrand pokazuje ryciny podnoszenia zbyt zwisającego nosa zapomocą zakładania pętli jedwabnej, a Josef kombinacye plastyki nosa i wargi ze skóry ramienia.

5) Habs: **Leczenie substancyami promieniotwórczemi.** H. zaleca stosowanie w leczeniu kilku preparatów w ściśle oznaczonej od siebie odległości, przez co stosować można bardzo energiczne leczenie.

6) Eiselsberg: **Doświadczenia przy leczeniu nowotworów złośliwych radem i promieniami Röntgena.** E. wyraża się bardzo korzystnie o tem leczeniu; nieraz spostrzegał bardzo wybitne skutki lecznicze w przypadkach rozpaczliwych. Po operacyi zapobiegawczo powinno się zawsze stosować leczenie tymi sposobami.

W obszernej dyskusyi liczni mowcy podnoszą korzystne wyniki tego sposobu leczenia. Werner osiąga przy guzach powierzchownych 88% popraw wybitnych, przy głębokich 40%. Także doświadczenia ginekologów są bardzo zachęcające. Perthes wyleczył raka wargi promieniami Röntgena zupełnie, bo niema nawrotu już przeszło 5 lat.

7) Kelling: **Demonstracye nowotworów uzyskanych zapomocą uczulonych komórek zarodkowych.** Komórki wstrzykiwano zwierzętom tego samego gatunku i niekiedy powiodło się wywołać w ten sposób sztucznie nowotwory wielkości wiśni, a nawet jaja kurzego. Guzy te utrzymywały się do 40 dni. Komórki uczulano przez wstrzykiwanie rodzicom obcej krwi. Spostrzegano także uogólnianie się takich nowotworów n. p. w otrzewnej, przyczem powstawała puchlina brzuszna. (C. d. n.).

Medycyna publiczna. Higiena. Epidemiologia.

Z epidemiologii duru plamistego.

Podał

Dr Julian Bory,

c. k. starszy lekarz powiatowy w Drohobyczu.

(Według wykładu, wygłoszonego w dniu 17 lutego 1914 r. na Zjeździe lekarzy powiatowych we Lwowie).

(Dokończenie).

Z lekarzy zapadają prawie wyłącznie lekarze rządowi lub delegowani do tłumienia epidemii, bo do wspomnianych ognisk i wylęgarni duru plamistego w chatach najnędzniejszych jedynie oni docierają.

Gdy natomiast dur plamisty pojawi się wśród wieśniaków lub mieszczan zamożniejszych lub inteligentniejszych, którzy sami zdobywają się na sprowadzenie lekarza, wówczas, jak wielokrotnie obserwowałem, lekarze się nie zakażają; w ten sposób wyjaśnia się fakt znany, że zakażenie się lekarzy, nie delegowanych z urzędu do epidemii, należy do rzadkości. W naszych stosunkach chory, który sam pożąda i wzywa lekarza, należy już do warstw inteligentniejszych, zamożniejszych, czyściejszych, w jego mieszkaniu nie roi się od pcheł, jak w chatach nędzarzy, i tu się nie zakażamy.

W referatach moich z przed 12 lat i z przed 2 lat (j. w.) wspomniałem, że ludzie, przedtem zdrowi, po jednorazowem przestąpieniu progu chaty zakażonej zarażali się, jakkolwiek nie zetknęli się wcale z chorym. Wydarzenia takie obserwowałem dwukrotnie z oprowadzającymi mnie przedstawicielami gminy i to samo wiem z wszelkimi szczegółami o jednym z kolegów, który w ten sam sposób nabawił się choroby. W przedmiocie tym nadzwyczaj pożądana byłaby kazuistyka, którą gromadzić i zestawić jestem gotów, prosząc tylko o donoszenie mi o wszelkich spostrzeżeniach.

W przeciwieństwie do punktu właśnie omówionego uwagi godnym i częstokroć zdumiewającym jest fakt, niezawodnie dość znany, że nawet dłuższe i wielokrotne stykanie się lekarza z chorym, o ile się to nie dzieje w izbie zakażonej, nie jest zbyt niebezpieczne.

Ileż to razy koledzy u siebie w domu lub w szpitalu kilkakrotnie szczegółowo badają chorych, bądźto odrazu rozpoznając dur plamisty, bądźto dopiero z dalszego przebiegu dochodząc do tego rozpoznania, a jednak w żadnym z licznych tego rodzaju wydarzeń (w szpitalu powszechnym we Lwowie i w siedmiu powiatach politycznych) nie spostrzegałem sam żadnego przypadku zachorowania kolegi, o ile nie odwiedził chorego w roli lekarza delegowanego z urzędu do tłumienia epidemii, jakkolwiek oczywiście możliwość zakażenia w takich razach nie jest przecież wykluczona.

Z własnego doświadczenia niezawodnie wielu kolegów wie i potwierdzi, że chorzy na dur plamisty nieraz godzinami oczekują przybycia lekarza wśród innych chorych w domu lekarzy, w poczekalniach i w ambulatoryach szpitalnych i prywatnych lub w kuchni, gdzie ich, jako poważniej chorych, wszyscy otaczają szczególną pieczołowitością, a jednak nikt się tu nie zakaża, co zdaje się być poniekąd w sprzeczności ze znaną wysoką zakaźnością choroby.

W leczeniu lub w obserwacyi miałem kilku kolegów i wiele osób z inteligencyi, które nabawiały się choroby, odwiedzając chorych bądźto z obowiązku zawodowego, bądźto z ciekawości lub z miłosierdzia. A jednak nie zdarzyło mi się ani razu, by od tych osób z inteligencyi zaraził się ktokolwiek z najbliższego otoczenia mimo ciągłego stykania się z chorymi, pielęgnowania ich, dźwigania i przenoszenia do kąpieli lub przy prześcielaniu. W takich razach jednak zakażenie jest niezawodnie możliwe i tu znowu pożądane byłoby gromadzenie kazuistyki.

W lepszych szpitalach obecnych zakażenie się personalu, zajętego pielęgnowaniem i obsługą chorych, należy do rzadkości, co z naciskiem podnosi także Nicolle. Wprawdzie sam spostrzegałem kilka przypadków zachorowania Sióstr miłosierdzia i służby szpitalnej, lecz są to istotnie rzeczy wyjątkowe. Natomiast w Samołuskowcach (powiatu husiatyńskiego) w czasie epidemii duru plamistego z Sióstr służebniczek zachorowały te wszystkie, które odwiedzały chorych włościan w ich chatach, a nie zachorowały inne, które zajęte były gospodarstwem domowem, a później pielęgnowaniem towarzyszek, chorych na dur plamisty.

Przypomnę jeszcze jedno spostrzeżenie uwagi godne, mianowicie, że do wielkich rzadkości należy zakażenie się

duchowieństwa. Ja sam nie widziałem ani jednego wydarzenia tego rodzaju, mimo że księża zachodzili także do chat najuboższych i najnędzniejszych. Samo się tu nasuwa przypuszczenie, że do pewnego stopnia ochronę od przenosicielek zarazka (pcheł) stanowią tu buty z cholewami i długa sutanna. A jednak znowu zaznaczam, że zakażenia są w tych razach możliwe i muszą się wydarzać.

W dyskusyi kol. Piotrowski przytoczył dwa śmiertelne przypadki zachorowania księży.

Wreszcie przedstawiam nowe spostrzeżenie, przemawiające za przypuszczeniem mojem, że pchły są głównemi przenosicielkami zarazka. W ostatnim czasie starałem się obznajomić szczegółowo z rozwojem, trybem i warunkami życia tych owadów, aby na podstawie tych wiadomości dążyć skuteczniej, aniżeli dotychczas, do ich wytępienia, a temsamem do rychlejszego stłumienia epidemii.

Z każdego podręcznika szkolnego dowiadujemy się, że pchły wylęgają się w nieczystościach, piasku, kurzu i śmieciach na podłodze i w jej szczelinach. Z lekarskiego stanowiska o owadach jako przenośnikach chorób wyczerpująco traktuje dzieło Göldiego. (Prof. Dr E. A. Göldi: Die sanitarisch patholog. Bedeutung der Insekten und verwandten Gliedertiere, namentlich als Krankheits-Erreger und Krankheitsüberträger, 1913).

Pchła domowa (pulex irritans), owad, spokrewniony z muchami, z rzędu dwuskrzydłych (diptera) o skrzydłach zanikłych, w czasie swego rozwoju podlega przemianie (czyli metamorfozie) zupełnej. Z jajeczka wylęga się długa, beznoga, robaczkowata gąsieniczka czyli liszka, zamieniająca się później w pozornie martwą, nieruchomą poczwarkę, która wreszcie po tym okresie odrętwienia przeistacza się w owad dojrzały, czyli doskonały. Pchła ta żyje jako pazryt zewnętrzny na człowieku, a inne odmiany na różnych zwierzętach (psach, kotach, szczurach, bobakach i t. d.). Rola ich w przenoszeniu dżumy zdaje się być pewnikiem. Narząd pyszczkowy pchły przystosowany jest do kłucia i ssania. Samiczki składają jajeczka na skórze lub na ubraniu, jajeczka stąd spadają na podłogę i dalszy rozwój odbywa się w kurzu i nieczystościach podłogi i jej szczelin. Gąsieniczki z jajeczek wylęgłe, czyli liszki, żywią się odpadkami organicznymi, jakie tu znajdują.

W braku pożywienia pchły odbywają nieraz rojami dalekie wędrówki, co w epidemiologii chorób, ewentualnie przez nie przenoszonych, może przedstawiać czynnik wagi pierwszorzędnej.

Wesz głowia (pediculus capitis) i ubraniowa (p. vestimenti) żyje w różnych odmianach na człowieku i na zwierzętach. Z jaj ich, znanych pod nazwą gnid, wylęgają się młode, które nie podlegają żadnemu przeobrażeniu; rozwój odbywa się tu w całości na miejscu.

Pluskwa przechodzi okres przemiany (metamorfozy) niezwykle długi, wynoszący według Göldiego aż do rozwoju owada dojrzałego około 11 miesięcy. Pluskwa napastuje człowieka, względnie zwierzęta w porze nocnej, nakłuwając skórę ryjkiem i wysysając krew zapomocą ssawki.

Wychodząc z założenia, że pchły są przenosicielami zarazka duru plamistego i uprzytomniając sobie, że znaczny okres rozwoju odbywają na podłodze i w jej szczelinach, wywnioskowałem stąd łatwy sposób ich wytępienia. Dawniej zdążałem do tego celu, zalecając stosowanie proszków przeciw owadom, co jednak w rzeczywistości wykonywano tylko w domach inteligentniejszych i zamożniejszych. Obecnie wyrozumowałem teoretycznie, że łatwiej i pewniej osiągnąć ten cel można przez częste odkażanie podłogi zwyczajnie używanymi środkami odkażającymi, jak wapnem, karbolem, lysolem, kreoliną i t. p., zdążając w ten sposób do zniszczenia liszek, a temsamem do zapobieżenia rozmnażaniu się owadów.

W tym czasie (w lecie 1913 r.) przewlekała się właśnie epidemia duru plamistego w Dobrohostowie. Poleciłem wówczas żandarmowi (eksponowanemu z powodu epidemii w tej gminie) dopilnowanie, by w nowych domach zakażonych od chwili zgłoszenia chorych przez służbę wywiadowczą, utworzoną z dziesiętników, podłogi z ziemi ubite w sieniach i w izbach bielono co drugi dzień wapnem, a podłogi drewniane zmywano równie często wodą karbolową lub gorącym ługiem.

Żandarm eksponowany polecenie to, którego cel mu wyłuszczyłem, wykonał nietylko ściśle, lecz nawet przesadnie, bo z wyjątkiem niedziel codziennie zarządzał wykonanie tego zabiegu przez domowników, których do tego bądźto nakłaniano prośbą, bądź zachęcano, zapisując kwitki na środki żywności, na co się lud wszędzie bardzo łakomi, a czem równocześnie osiąga się także skutek nadzwyczaj pożądany, że choroby nigdzie nie tają, lecz że chorych bardzo wcześnie zgłaszają.

Skutek był nadspodziewanie efektowny i przewyższył wszelkie oczekiwania, potwierdzając w ten sposób wnioski teoretyczne. Miałem zamiar w domach zakażonych zlokalizować chorobę w ten sposób, by osoby wstępujące do nich, nie roznosiły jej dalej i nie stwarzały nowych ognisk chorobowych, a osiągnąłem znacznie więcej, albowiem w ostatnich sześciu domach, w ten sposób traktowanych, chorowało. tylko po jednej osobie i nikt więcej z domowników nie zachorował, mimo, że wspólnie z każdym chorym w izbach zakażonych przebywało stale 4 do 8 osób (prócz chorych). Epidemia, ciągnąca się od kilku miesięcy, wygasła zupełnie w ciągu paru tygodni.

Tego samego sposobu z tym samym pomyślnym i efektownym zamierzonym skutkiem użyłem następnie w jednym domu w Dobrowlanach bezzwłocznie po wystąpieniu obfitej wysypki wybroczynowej i sprawdzeniu rodzaju choroby wspólnie z dwoma kolegami, później w ten sam sposób i w tych samych warunkach w Borysławiu, a wreszcie w b. r. w Kropiwniku Nowym. W każdym z domów zakażonych chorowało tylko po jednej osobie.

Z doświadczenia tego wynika »ex juvantibus«, że głównemi przenosicielkami zarazka są pchły, ponieważ przez uniemożliwienie im rozwoju i rozmnażania się udawało się stłumić ogniska chorobowe i epidemie.

Uprzytomniając sobie, że przecież pozostają owady rozwinięte dojrzałe, choćby w niewielkiej ilości, możnaby stąd snuć wnioski dalsze, że mikrob nieznany przebywa może pewne okresy rozwoju w pchłach i że tylko w pewnych okresach swego rozwoju jest zakaźny, lecz nie chcąc zajść zbyt daleko, dochodzę raczej do wniosku ostrożniejszego, mianowicie: ponieważ materyał obserwacyjny jest jeszcze zbyt szczupły, przeto przedstawiając sprawę, proszę o wszechstronne stosowanie tego prostego i taniego sposobu i zawiadamianie mnie o wyniku swych spostrzeżeń lub ogłaszanie ich samodzielne, z tem, żebyśmy wobec ważności sprawy mogli ją omówić i przedyskutować szczegółowo na najbliższym naszym zjeździe.

Na podstawie powyższego streszczam rzecz w następujących wnioskach:

1. Nieznany dotychczas zarazek duru plamistego przenosi się w naturze z osoby na osobę skutkiem podskórnego zaszczepienia przez owady.

2. Nicolle i jego współpracownicy na podstawie doświadczeń dochodzą do wniosku, że jednym z takich przenośników mogą być wszy.

3. Nieprawdopodobną wydaje się dalsza część wniosków tego badacza, że owady te są wyłącznym czynnikiem w przenoszeniu zarazy.

4. Prawdopodobnie najważniejszą rolę odgrywają w tem pchły, a może tylko okolicznościowo i wyjątkowo możliwe jest przeniesienie jadu także za pośrednictwem innych owadów, jak wszy. Pluskiew nikt dotychczas o to nie pomawia.

5. Niemniej doświadczenia Nicollea i współpracowników mają znaczenie doniosłe, ponieważ rzucają sporo świa-

tła na epidemiologię duru plamistego i wskazują drogi, jakiemi powinny iść dalsze doświadczenia i badania.

6. Czy owady wymienione przenoszą zarazek jako mechaniczne zanieczyszczenie narządów pyszczkowych nakłuwających, czy też zarazek w ustroju owadów odbywa jakie odrębne okresy rozwoju i przemiany, tak jak zarazek zimnicy — nie wiadomo wobec tego, że nie znamy zarazka *).

Teoretycznie można wyobrazić sobie i przypuścić kombinacyę obydwu tych sposobów, tak, że zarazek może się rozwijać i rozmnażać częściowo i czasowo drogą płciową, a częściowo bezpłciową i że w takim razie może on być przeniesiony na człowieka lub zwierzę, raz jako mechaniczne zanieczyszczenie pyszczka owadów w sposób, podobny do przenoszenia krowianki ospowej zapomocą lancetu pod skórę, a innym razem przed przeniesieniem na człowieka może w ustroju owadu-przenośnika odbyć pewne okresy rozwoju i przeobrażenia z rozmnażaniem się płciowem, analogicznie, jak w zimnicy schizonty we krwi ludzkiej przedstawiają okres rozwoju bezpłciowego, a mikrogamety i makrogamety w komarach widliszach okres rozwoju płciowego.

7. Przy sposobności nadmieniam, że w podobny sposób jak dur plamisty, szerzą się prawdopodobnie także inne choroby zakaźne wysypkowe, a przedewszystkiem także ospa.

8. Wreszcie zdaje się, że częste odkażanie podłogi w domach zakażonych, mające na celu wytępienie gąsieniczek czyli liszek pcheł, według doświadczeń dotychczasowych przyczynia się w znakomitej mierze do stłumienia ognisk chorobowych i epidemii. Stwierdzenie szczegółu tego w większej liczbie przypadków przemawiałoby niewątpliwie na korzyść przypuszczenia, że pchły są głównemi, jeżeli nie wyłącznemi przenosicielkami zarazka.

9. Zresztą, czy te lub owe owady odgrywają tu rolę przeważną lub wyłączną, pozostaje do wyjaśnienia na podstawie obserwacyi i badań dalszych. Na razie w praktyce należy wykonywać to, co jest skuteczne, bo ponad wszelkie teoretyczne rozumowania stoi lek, środek lub sposób, który okaże się pomocnym.

---

*) Dodatkowo nadmieniam, że prof. Lewaszow opisuje w r. z. jako swoistego pasorzyta duru osutkowego ziarenkowca pod nazwą »coccobacillus exanthematicus«, którego hodowle miały udać się całkowicie (Prof. Lewaszow: O pasorzytach duru osutkowego, Russkij Wracz, 1914 Nr 4 i 5 według referatu Gilewicza w »Przegl. lek.«, 1914, Nr 15).

W sprawie mleczywa w Krakowie.

Jako kierownik rządowego Zakładu badania środków żywności w Krakowie, wniosłem d. 30. grudnia 1913. w sprawie mleczywa do Prezydyum miasta Krakowa następujące pismo:

»Według spostrzeżeń tutejszego Zakładu, opartych na licznych analizach chemicznych, przychodzi do Krakowa codziennie wiele mleka, zafałszowanego bądź przez częściowe podebranie śmietanki, bądź przez dodatek wody, czasami zaprawionego sodą. Zawartość wody w badanych mlekach dochodziła niejednokrotnie do 40%, a nawet wyżej, przeciętnie wahała się około 10%. Dostarczane do Krakowa mleko bywa nader często brudne, zanieczyszczone obornikiem, słomą i zawiera nieraz, zwłaszcza pod jesień, niezliczone ilości much. Blaszanki, w których mleko nadchodzi, są nietylko zewnątrz utrzymane nader niedbale, ale i wewnątrz brudne, niepobielane, a nawet mocno zardzewiałe. Uszczelnienie ich pozostawia zaś zbyt często wiele do życzenia; używane w tym celu gumy rzadko kiedy bywają oczyszczane, zawierają na swej powierzchni wielką ilość podeschłego i rozkładającego się mleka. Zamiast gumy używa się do uszczelnienia blaszanek zbyt często słomy, starych papierów, a nawet szmat. W tym stanie nadchodzące do Krakowa mleko nie przedstawia odpowiedniego dla ludzi środka spożywczego, musi budzić wśród szerszych warstw ludności wstręt do używania mleka, przedstawia wiele ujemnych własności pod względem higienicznym i wogóle zdrowotnym. Przez zafałszowanie tracą w nim konsumenci właściwe składniki odżywcze, a płacąc za wodę, jak za mleko, bywają poszkodowani ekonomicznie.

Stwierdzenie powyższych ujemnych i nierzetelnych własności mleka możliwe jest zbyt często dopiero na drodze umiejętnej i szczegółowej analizy, opartej na porównaniu z wynikami rozbiorów prób mleka niewątpliwie rzetelnego, prób, pobranych pod fachową kontrolą w oborach, z których mleko bywa dostarczane do miasta, przy t. zw. próbie stajennej. Bez możności porównywania mleka, sprzedawanego w mieście, z mlekiem, pobranem przy próbach stajennych, musi analityk przepuszczać wiele mlek, jako dopuszczalne do targu i rzekomo normalne, mimo że z wyniku szczegółowej analizy nabrał przekonania, iż z danemi mlekami wykonywano jakieś nierzetelne manipulacye, za mało zaś nabył pewności, by przekonanie to należycie obronić. Możność zaś porównywania mlek, dostarczanych do miasta, z mlekiem, pobranem w oborach, nabiera tem większego znaczenia, jeżeli się zważy, że w żadnej dziedzinie handlu produktami spożywczymi nie odbywa się tak często umiejętne fałszerstwo, wytrzymujące krytykę przeciętnej oceny, jak na polu handlu mlekiem. Przepuszczanie więc tych nader licznych, bo codziennych wyrafinowanych fałszerstw przez kontrolę nie dość ścisłą i umiejętną, a w ocenie pobieżną, wyhodowuje tylko coraz liczniejszych fałszerzy z wielką szkodą dla ludności miejskiej.

Obecny stan handlu mlekiem w Krakowie, przedstawiający się pod względem spożywczym i higienicznym tak niekorzystnie, wytworzył się niewątpliwie w następstwie ilościowo niedostatecznej i w ocenie łagodnej kontroli. Stan ten wymaga w interesie konsumentów miejskich rychłej naprawy. By jednak naprawa

ta dała się uskutecznić siłami wyłącznie miejskiemi, jest rzeczą więcej, niż wątpliwą, wobec powyższego przedstawienia zasad racyonalnej kontroli i braku podstaw prawnych do podejmowania prób stajennych poza obrębem miasta przez organa miejskie. Bez czynnego współudziału organów i instytucyi rządowej, powołanej do umiejętnego czuwania nad żywnością, należytego zorganizowania i przeprowadzenia racyonalnej kontroli nad mleczywem w Krakowie trudno sobie wyobrazić. Zorganizowanie i przeprowadzenie takiej kontroli wymaga wytrwałego i konsekwentnego planowego postępowania, pracy rozłożonej na lata, wymaga szczególniejszego oddania się sprawie kontroli mleczywa. Czy w tym kierunku będzie mógł Magistrat poświęcić dostateczną ilość sił fachowych, oddanych szczególnie sprawie kontroli mleka? Pytanie takie przy rozważaniu sprawy racyonalnej i umiejętnej kontroli należy również postawić.

W przekonaniu, że zorganizowanie i przeprowadzenie należytej kontroli nad mleczywem, dostarczanem do Krakowa, przechodzi możność już choćby tylko prawną miasta, zwraca się podpisany kierownik Zakładu do Świetnego Prezydyum z propozycyą objęcia przez Zakład organizacyi kontroli mleka w Krakowie, wykonywania analiz prób mleka, pobranych przez Zakład w zastępstwie Magistratu, jakoteż prób, pobranych pod kierunkiem Zakładu przez miejskie organa targowe. Analizy te byłyby (z zastrzeżeniem uzyskać się mającego u Ministerstwa spraw wewnętrznych jako władzy przełożonej Zakładu zezwolenia) bezpłatnie wykonywane dla miasta, natomiast obowiązek Magistratu wobec Zakładu polegałby na dostarczaniu w dniach poprzednio oznaczyć się mających miejskich organów kontrolnych, któreby według wskazówek Zakładu obowiązane były pobierać próby mleka i wynikłe stąd zarządzenia wykonywać we własnym zakresie działania. Przeprowadzenie umiejętnej kontroli w myśl zasad austryackiego kodeksu żywnościowego odbywałoby się tak, by producentów mleka przyzwyczaić stopniowo do zaostrzonej kontroli«.

Na powyższe pismo nie otrzymał Zakład państwowy do tej pory odpowiedzi. Należałoby się spodziewać, że miejski Urząd zdrowia, do którego zakresu działania należy również dbałość nad żywnością w interesie ogólnozdrowotnym, ze swej strony przyczyni się do szybkiego załatwienia odnośnej propozycyi kierownika Zakładu państwowego, a tem samem do jedynie odpowiedniego nadzoru nad mleczywem w Krakowie. Dr L. Bier.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 20. V. b. r. posiedzenie, na którem Dr Wachtel przedstawił chorych leczonych w klinice medycznej szczepionkami Friedmanna, a Dr Blay i Doc Nitsch przypadek drożdżycy (blastomycosis). W dyskusyach przemawiali prym. Borzęcki, prof. Ciechanowski i Reiss, doc. Latkowski i Nitsch, Dr Blassberg, Hirsch i Schöngut. W dyskusyi nad szczepionkami Friedmanna oświadczono się jednomyślnie przeciw stosowaniu tego środka.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 27. maja 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Demonstracye chorych z kliniki prof. Rosnera. 2) Odczyt: »O działaniu niewidzialnych, krótkofalistych promieni światła na narząd wzrokowy«, kol. Kleczkowski. 3) »O nowych badaniach nad lokalizacyą w korze mózgowej«, kol. Rose.